

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922 - 1923 — N° 60

Travail de la Clinique du Professeur TIXIER

Contribution à l'étude du

Cancer de l'Oreille

Pavillon et Conduit

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emile VANDIER

né à LA CRÈCHE (Deux-Sèvres) le 15 Mars 1896.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU CANCER
DE L'OREILLE
PAVILLON ET CONDUIT

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922 - 1923 — N° 60

Travail de la Clinique du Professeur TIXIER

Contribution à l'étude du

Cancer de l'Oreille

Pavillon et Conduit

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emile VANDIER

né à LA CRÈCHE (Deux-Sèvres) le 15 Mars 1896.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LAFACULTE

Doyen honoraire M. HUGOUNENQ.
Doyen MM. J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOIREL
Histologie	X
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	GRAVIER,
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	FIERY	FLORENCE	NOËL, chargé
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	des fonctions
CADE	DUROUX	CORDIER	
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. TIXIER, président, THÉVENOT Léon, assesseur,
MM. COTTE et DUROUX, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE
LE DOCTEUR VANDIER

Sa vie droite et laborieuse restera
pour moi le meilleur des exemples.

A MA MERE

Je la remercie de tous les sacrifices
qu'elle a fait pour moi et je l'assure
de toute ma filiale tendresse.

A LA MEMOIRE
DE MON ONCLE AYMAR DE SAINT-AMANT
ET DE MA TANTE

En témoignage de reconnaissance

A MA SŒUR
ET A MON BEAU-FRERE LE MEDECIN-MAJOR
DENIAU

A MON ONCLE ET A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES
morts au Champ d'honneur ou en captivité

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qu'il reçoive l'expression de notre
vive reconnaissance pour le très grand
honneur qu'il nous a fait d'accepter
la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ

P. BONNET

*Professeur Agrégé à la Faculté
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a inspiré le sujet de notre
travail et auprès duquel nous avons
toujours trouvé un excellent accueil ;
qu'il soit assuré de notre profonde
gratitude.

A MES JUGES

A MES MAITRES DES FACULTES DE BORDEAUX
ET DE LYON

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE SANTE MILITAIRE
ET DES HOPITAUX MILITAIRES DE BORDEAUX
ET DE LYON

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU CANCER
DE L'OREILLE
PAVILLON ET CONDUIT

INTRODUCTION

Nous avons choisi comme sujet de notre thèse l'Etude du Cancer du Pavillon de l'oreille.

Un certain nombre de cas observés dans la clinique du Professeur Tixier ont attiré notre attention sur quelques points dignes d'intérêt.

Aussi avons-nous cherché à reprendre l'étude de ce cancer en nous inspirant des travaux cliniques, mais surtout en réunissant un certain nombre d'observations publiées pour en tirer les éléments essentiels de notre travail.

Le nombre des observations que nous avons recueillies et analysées s'élève à 78. Il ne nous est pas possible de les faire figurer dans notre thèse, mais un index bibliographique spécial indiquera les documents justificatifs.

Nous nous sommes plus particulièrement attaché à l'étude du traitement de ce cancer, qui donne lieu

à des considérations spéciales d'exérèse et de restauration.

Pour être complet, notre travail aurait dû comprendre des recherches spéciales sur la circulation lymphatique et les territoires ganglionnaires de l'oreille, mais cela dépassait les limites du temps dont nous disposions.

Nous nous excusons ici d'avance. Du moins, notre thèse comporte-t-elle, non pas une simple compilation de travaux antérieurs, mais le travail d'analyse d'observations minutieusement étudiées. Ce sera là, notre contribution personnelle à cette étude d'un cancer insuffisamment décrit, à notre avis, dans les ouvrages cliniques.

Nous tenons à remercier M. le Professeur Tixier du très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous en avons trouvé les premiers éléments dans sa clinique où nous aimions à venir l'écouter. Nous avons retiré le plus grand bien de son enseignement et nous lui en témoignons toute notre reconnaissance.

M. le Professeur agrégé Bonnet a été pour nous un guide des plus précieux au cours du travail qu'il nous avait confié. Nous sommes très sensible à l'aimable accueil que nous avons trouvé auprès de lui comme auprès de MM. les Professeurs Lannois, Paviot, Bergonié. Que tous ces maîtres soient assurés de notre profonde gratitude. Nous remercions aussi vivement MM. les Docteurs Portmann et Molinié dont nous publions deux observations inédites.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie Pathologique.

Les épithéliomas du pavillon et ceux du conduit peuvent être étudiés ensemble; pavillon et conduit forment, en effet, un tout bien caractérisé, c'est l'oreille externe. Celle-ci est recouverte d'épithélium pavimenteux stratifié et non d'une muqueuse comme l'oreille moyenne, ses épithéliomas, du type Malpighien, doivent donc, au point de vue anatomique, former une unité.

Cependant si des différences existent comme on s'en doute entre les cancers du pavillon et ceux du conduit, il en existe également parmi ces derniers suivant qu'ils siègent dans le conduit osseux ou dans le conduit cartilagineux. Aussi nous paraît-il utile de conserver cette division anatomique.

Le *conduit osseux* n'est séparé de l'oreille moyenne que par le tympan. Au moment où l'on aura fait le diagnostic, il aura déjà donné naissance à un cancer de la caisse, s'il n'en est pas lui-même une complication. Son étude est donc plutôt du domaine des spé-

cialistes et nous n'en parlerons que peu. Nous insisterons cependant sur son évolution qui est celle des épithéliomas du conduit cartilagineux et du pavillon arrivés à leur dernière période.

Le *conduit cartilagineux*, au contraire, a la même texture que le pavillon ; ses épithéliomas ont la même évolution au début ; celle-ci peut être plus rapidement mortelle par suite de la propagation en profondeur vers le conduit osseux et l'oreille moyenne.

Le cancer du *pavillon* enfin attirera surtout notre attention ; c'est avec lui qu'on pourra espérer avoir de bons résultats thérapeutiques et sa fréquence relative le rend particulièrement intéressant.

FRÉQUENCE DU CANCER D'APRÈS LE SIÈGE. — Le premier cas publié de cancer du pavillon date de 1853. Ce n'est qu'à la fin du siècle dernier qu'on publia le premier cas d'épithélioma du conduit. Celui-ci est, en effet, plus rare. Nous n'en avons trouvé dans les travaux publiés jusqu'à ce jour que 17 cas sur 78 observations, proportion encore trop forte, semble-t-il, car nous n'en avons que 2 sur les 14 cas que nous avons pu découvrir dans les Archives de la Clinique d'oto-rhino-laryngologie de M. le Professeur Moure, à Bordeaux ; encore siégeaient-ils tous les deux au méat. Les cancers deviendraient donc de plus en plus rares à mesure qu'ils naissent plus dans la profondeur.

Quant aux cancers du pavillon leur siège le plus fréquent est sur l'hélix. On le trouve moins fréquemment dans la conque, soit sur sa face antérieure, surtout derrière le méat, soit sur sa face postérieure et

particulièrement dans le sillon rétro-auriculaire. Il siège sur le lobule 4 fois sur 30, d'après Weissberger, 6 fois sur 78 d'après notre statistique.

Nous présentons un dessin qui schématisera bien, croyons-nous, la fréquence du cancer d'après son siège. Chaque point correspond à 1 cas de notre statistique.



Fig. 1

L'épithélioma pourrait apparaître simultanément aux 2 oreilles d'après le Docteur Campbell, qu'on a coutume de citer à ce propos. Il en a décrit un cas où ces tumeurs ressemblaient au « sarcome de la mamelle » mais leur malignité nous paraît douteuse : elles ne récidivèrent pas à l'ablation qui fut effectuée « d'un simple coup de bistouri ». Le malade de notre observation III présentait sur le côté opposé à l'oreille

atteinte une verrue qui pouvait être le début d'une tumeur semblable.

FORMES. — Nous en avons distingué 4 principales : forme ulcéreuse, fissuraire, végétante ou infiltrée ayant chacune leur siège d'élection; les 2 premières sur l'hélix, la troisième dans la conque, la quatrième au lobule.

MODE DE LA PROPAGATION. — Le cancer de l'oreille externe est de par son siège un épithélioma du type pavimenteux stratifié.

a) La *peau* sera donc atteinte la première ordinairement; aussi au début la tumeur est-elle mobile sur le cartilage.

b) Le *tissu cellulaire* est infiltré plus ou moins vite. Dans la forme spéciale au lobule, c'est sur lui que se fixe primitivement la lésion, la peau est souple et mobile quelquefois au-dessus de celle-ci.

c) Le *cartilage* n'est atteint que tardivement, cependant les ulcérations particulièrement malignes l'ont très vite rongé. Dans la forme infiltrée, la tumeur peut y être adhérente dès le début (Miot et Baratoux.)

La tumeur peut rester plus ou moins longtemps limitée. La région atteinte secondairement par cette propagation cancéreuse varie suivant le siège de la lésion primitive. Du lobule elle se fera vers les régions masseterine et rétro-maxillaire; si la lésion a débuté dans le sillon rétro-auriculaire, elle se fera à la fois vers l'oreille et vers la région mastoïdienne.

Les cancers situés près du conduit se propagent très vite vers celui-ci. S'ils débutent sur le tragus ou l'anti-tragus par exemple, ils ne s'étendront pas ou rarement

vers la région préauriculaire mais envahiront insidieusement le conduit.

HISTOLOGIE. — Nous ne parlerons que peu de leur structure histologique; elle est identique à celle des autres tumeurs : Les anciens auteurs font une distinction entre les épithéliomas purs qui se rencontreraient de préférence dans les premières formes, les carcinomes que l'on trouverait dans la variété végétante de la conque et les sarcomes qui constitueraient la forme infiltrée.

Les épithéliomes à globes cornés semblent être la majorité. Les coupes des deux tumeurs que nous avons examinées au microscope en contenaient en plus ou moins grand nombre et parmi les quelques observations portant l'indication de la variété que nous avons pu relever, toutes étaient également à globes cornés. Les auteurs s'accordent d'ailleurs en général pour dire que cette forme spino-cellulaire est la plus fréquente.

Malgré l'influence des nævis pigmentés et du lupus, affections peu rares à l'oreille, sur l'apparition des tumeurs mélaniques, ces dernières sont excessivement rares à l'oreille alors qu'elles siègent souvent à la face par rapport au tronc et aux membres (4 fois sur 6 pour Reboul). Masson en avait nié la présence à l'oreille de même que celle des tumeurs à myéloplaxes. Nous avons pu cependant en découvrir un cas dans la bibliographie du travail que le Docteur Bonnet leur a consacré. C'est celui d'une femme de 44 ans présentant un fibrome molluscum à la cuisse et sur toute la surface du corps de petites verrues pig-

mentées. Huit jours après l'apparition de douleurs dans l'oreille gauche, Dallmann, à qui nous devons cette observation l'examina et constata la présence à la limite du conduit osseux et du conduit cartilagineux d'un petit néoplasme brun bleuâtre et brillant. L'ablation fut faite à l'anse galvanique, il n'y avait pas de récurrence trois mois après.

CHAPITRE II

Étiologie.

Le cancer de l'oreille était considéré comme très rare autrefois. Sur 211 observations de cancer cutané, Weber en trouve un seul à l'oreille, contre 128 aux lèvres.

Dans des statistiques comparées de maladies des oreilles, Harrison, sur 190 observations, en trouve un cas, Kramer, sur 20.000, en rencontre 5 et Bezold 7 sur 20.468. Pour notre part, nous en avons retrouvé 16 cas en 13 ans dans le service d'oto-rhino-laryngologie de M. le Professeur Moure, et nous avons vu dans celui de M. le Professeur Tixier, en l'espace de 5 mois, se succéder 4 malades différents. Ceci doit faire penser que le cancer de l'oreille est plus fréquent que ne le pensaient les anciens auteurs.

La région n'est pas particulièrement propice au développement du cancer qui l'envahit semble-t-il plus volontiers primitivement que secondairement. Nous avons noté un cas où le cancer né dans la région préauriculaire avait pris une forme en croissant pour

contourner le pavillon. Mais cet organe est plus soumis que les régions avoisinantes à des irritations et ce sont elles en partie qui déterminent sa fréquence relative.

A. — Causes générales

AGE. — Les cancers de l'oreille n'apparaissent guère qu'entre 50 et 75 ans, d'après Pétroff, ils apparaissent rarement avant 40 ans, exceptionnellement avant 30. Notre statistique nous donne comme moyenne 54 ans.

Cependant l'adulte n'est pas à l'abri de l'épithélioma, non plus même que les enfants. Bouisson cite un malade de 26 ans, Kramer un autre de 20. Matewson une femme de 27 ans. Les formes sarcomeuses apparaissent à tout âge et semblent même avoir leur maximum à 30 ans pour presque s'éteindre à partir de 65.

SEXE. — *Les hommes sont plus souvent atteints* que les femmes, surtout, dit Petroff, *quand les épithéliomas sont précoces*. Sur 59 observations portant mention du sexe, nous n'avons retrouvé que 11 femmes. Les 6 malades au-dessous de 45 ans dont nous avons noté l'histoire sont tous des hommes.

Cette rareté relative de l'épithélioma chez la femme pourrait peut-être avoir entre autres causes, le fait que l'oreille mieux protégée par les cheveux est moins sujette aux irritations.

Au *lobule*, au contraire, les boucles d'oreille peuvent irriter la peau, la maintiennent quelquefois en

état de congestion permanente et arrivent même à la fendre. Dans ce cas, le facteur irritation réapparaît et la proportion semble se renverser. Nous avons trouvé dans notre statistique 3 cas d'épithélioma du lobule, chez la femme, contre 2 chez l'homme. Weisberger accusait une proportion de quatre tiers en faveur de la femme. Cependant Cuvillier nie l'influence du port des boucles d'oreille et Veaux, dans sa thèse sur les accidents dus au percement du lobule ne signale pas l'épithélioma.

Au *conduit* où les causes d'irritation deviennent les mêmes suivant les sexes, les cancers sont presque aussi fréquents chez les femmes que chez les hommes. Weisberger trouve 24 hommes pour 20 femmes, nous avons trouvé nous-même 7 hommes pour 6 femmes.

On a prétendu que la lésion était plus fréquente à *droite*, en particulier Kretschmann, qui, sur 16 cas, n'en a trouvé que 5 à gauche, et l'on a incriminé comme cause l'action de se gratter avec l'auriculaire droit surtout. Notre statistique ne semble pas prouver cette prédominance ; elle accuse, en effet, 21 cas à droite, pour 19 cas à gauche ; la différence est trop insignifiante pour qu'elle mérite d'être relevée.

La *profession* a une grande influence. Les cultivateurs sont atteints dans une proportion du tiers, les travailleurs à métier pénible, les hommes de peine, constituent presque un autre tiers, les sédentaires sont au contraire exceptionnellement atteints. On retrouve encore ici l'influence de l'irritation que provoquent les *intempéries*, la *malpropreté* (dans un cas

de Chalot, le malade présentait 3 asticots dans le conduit). Les ouvriers sont relativement peu atteints ; s'il y a pour eux de nombreuses causes d'irritation par des poussières de toute sorte, ils sont moins soumis à l'*humidité* et aux intempéries.

Peut-être y a-t-il une influence de *climat*, de race ; le docteur Campbell en a noté la fréquence dans la vallée du Népal, particulièrement chez des goîtreux qui y sont également très nombreux.

Enfin, citons l'influence de l'*arthritisme*, du régime de la dépression du système nerveux.

L'*hérédité* n'a pas été constatée.

B. — Causes locales

a) PAVILLON. — Les *dermatoses* et les *irritations* sont de beaucoup les agents les plus importants ; leur action se continue souvent, la dermatose prurigineuse incitant au grattage qui aura lui-même pour effet d'augmenter la lésion qui l'a provoqué.

La première cause est, comme le disait Bouisson, « l'*eczéma* simple ou impétigineux, permanent ou à répétition surtout lorsque la surface du pavillon est excitée par des pansements irritants ou simplement par l'action des ongles sollicitée par d'insupportables démangeaisons. »

Le néoplasme se greffe également sur un *lupus* (obs. Devergie, Morestin) ; les deux lésions évoluent alors en même temps, la marche en est plus rapide et la tendance à la récidive plus grande, les ganglions sont rarement pris.

L'apparition du cancer a été signalé plusieurs fois

sur des plaques de *psoriaris* (obs. Tedenat). On l'a encore plus souvent vu débiter sur des *crasses de vieillard*, des *érisipèles à répétition*. L'*otorrhée* le précède également souvent.

L'épithélioma peut se greffer encore sur une *plaie* survenue à la suite d'un traumatisme (obs. Trunecek) ou sur des *gerçures* du pavillon qui persistent à l'état chronique.

Les *cicatrices* résultant d'une plaie quelconque ou d'un *lupus* sont souvent à l'origine.

Enfin, il peut avoir pour point de départ surtout chez les vieillards malpropres, des lésions acquises non inflammatoires, comme des *papillomes*, des *nævus* pigmentés (obs. Dallmann) ou non (obs. Lombard), un *molluscum fibrosum* (rare à l'oreille).

Weissberger, sur 30 cas d'épithélioma de l'oreille en avait trouvé 6 dus au traumatisme, 4 à l'eczéma, 2 à des verrues, 2 à des engelures répétées.

Sur les 78 observations que nous avons étudiées, nous avons trouvé comme cause probable, 6 fois de l'eczéma, 4 fois des verrues, autant de fois des engelures ; du psoriasis une fois ; des otorrhées, des crasses séniles, des lupus, des érisipèles 2 fois chacun.

b) CONDUIT AUDITIF. — On y retrouve les *mêmes causes*, l'eczéma, le traumatisme, etc. Certaines causes prennent plus d'importance, telles les *nævus*, les *verrues*, mais deux facteurs surtout prennent le premier plan ; ce sont : l'*otorrhée ancienne*, cause d'irritation constante des parois du conduit et les *polypes* issues de la caisse (Barr, Milligan, Pernewace). Weis-

sberger, dans un espace de 10 années, trouve 21 cancers primitifs, du conduit, dont 10 dus à une otite moyenne antérieure et 3 dus à l'eczéma. De notre côté, nous en trouvons 4 dus à l'otorrhée, 3 dus aux polypes, 2 aux nævis, 1 à l'eczéma et 1 au traumatisme.

Notons qu'au pavillon comme au conduit la cause peut être souvent discutée. Au pavillon, en effet, le cancer au début peut simuler une plaque de psoriasis ou une croute d'eczéma, un fibrome (lobule). Au conduit, il peut prendre la forme d'un polype, d'une verrue ou faire croire à l'otorrhée lorsqu'il est infecté.

CHAPITRE III

Symptômes.

A. — Pavillon

DÉBUT. — Les *signes physiques* apparaissent les premiers, la douleur ne se manifestera que plus tard, sous forme de picotement d'abord, puis de lancements de plus en plus violents à mesure que la tumeur, irritée par le grattage, grandira.

Exceptionnellement ce sera les signes *douloureux* qui attireront l'attention du malade, une sensation de cuisson, des démangeaisons. Quelquefois c'est un *ganglion* volumineux qu'on trouve comme premier signe (obs. II), mais le plus ordinairement, c'est de la *lésion* elle-même que le malade s'inquiètera. On peut distinguer plusieurs formes de début suivant le siège.

1° SUR LE CONTOUR DU PAVILLON, sur toutes les parties *saillantes*, helix surtout, tragus et autitragus. Elle débute suivant trois aspects différents qui se rapprochent par leur ulcération précoce et accusée. Les deux premiers aboutiront à une forme ulcéreuse, les troisièmes à une forme fissuraire.

a) L'épithélioma se manifeste assez souvent par

une verrue, un petit bouton, un simple épaissement de la peau, lésions indolores au début ; la lésion peut ainsi rester très longtemps inaperçue du malade et ce n'est que par hasard en palpant machinalement l'oreille qu'il s'aperçoit de cet épaissement de son oreille, de consistance plus dure que les parties avoisinantes ; la peau est soulevée à cet endroit, mais est normale comme aspect. Puis la tumeur grossit légèrement, commence à picoter un peu de temps en temps. Sous l'influence du grattage, les démangeaisons deviennent de plus en plus vives, jusqu'à l'empêcher de dormir, quelquefois à le rendre triste et découragé. A ce stade, le malade est toujours tenté de porter le doigt sur la tumeur qui est maintenant enflammée, rouge et chaude, il l'agace, la fait saigner, arrache les croûtes qui se forment tant et si bien qu'une ulcération grandit, se creuse et s'indure.

b) L'épithélioma, au début peut également avoir la forme d'une plaque de *psoriasis*, d'un îlot d'*eczéma*, d'une *croûte* recouvrant une ulcération traumatique, il peut les simuler mais plus souvent se greffe sur ces lésions. Sous cette couverture, ou sous une *crasse sénile*, l'ulcération se creuse comme dans la forme précédente. A la chute artificielle ou spontanée des squames et des croûtes, on se trouve en présence d'une petite surface ulcérée laissant quelquefois s'écouler deux ou trois gouttes de sang. Elle fournit toujours une faible quantité d'une exsudation séreuse qui, en se séchant, forme des croûtes n'ayant plus le caractère épidermique, mais présentant une surface inégale, jaune-grisâtre, quelquefois presque noire quand elle

a été accompagnée d'une légère hémorragie capillaire.

c) Enfin, le cancer peut débiter sous l'aspect d'une fissure linéaire saignante dont les bords se durcissent et s'hypertrophient peu à peu, surtout au niveau d'une crasse des vieillards ou sur une engelure, une rhagade.

2° CONQUE. — *Forme végétante*, le plus souvent moins exposé aux irritations, l'épithélioma de la conque grandira moins vite, sera moins douloureux et, moins gratté s'ulcérera moins vite. Il se forme lentement une hyperplasie formée par le développement exagéré de quinze à vingt papilles quelquefois. Dure au début, plutôt mobile, recouverte sur toute sa périphérie d'une croûte épidermique épaisse, de couleur grisâtre, cette tumeur peut transformer tout le pavillon de l'oreille en une masse charnue très irrégulière, présentant de nombreuses éminences qui, sur une coupe, répondent au sommet des papilles hypertrophiées. Entre ces éminences, des sillons plus ou moins profonds et irréguliers parcourent toute la masse morbide ; ils sont en partie comblés par un détritüs jaunâtre, mélangé de pus, de sang et de débris épithéliaux.

LOBULE. — *Forme infiltrée* (rare). La tumeur semble alors débiter dans le tissu cellulaire sous-cutané ; il se forme dans le centre du lobule une masse arrondie, de consistance variable, de la grosseur d'un grain de chenevis ou d'une noisette, mais pouvant aller jusqu'au volume d'une noix.

La peau est mobile souvent au-dessus de la tumeur

et est seulement modifiée dans sa couleur, pâle ou légèrement rosée, quelquefois violacée, suivant l'état de la circulation.

Il y a peu de douleur, quelques élancements fugaces tout au plus. C'est la tuméfaction seule ici qui attire l'attention du malade qui va consulter son médecin pour cela. Dans un cas d'Hentzfeld, la tumeur avait trois centimètres de diamètre, sur 1 cm. 5 d'épaisseur, sans que la peau fût ulcérée, et présentait seulement, au moment des règles, une couleur violacée. Senff cite un lobule qui était trois fois plus épaissi qu'un lobule normal.

Bien que Cuvillier le nie, il nous semble, avec Weisberger, que le *percement du lobule* chez les femmes n'y est pas étranger ; l'inflammation chronique doit, pensons-nous, y jouer un grand rôle. Dans l'observation de Rondot, elle était apparue à la suite d'un accouchement et augmenta de volume régulièrement pendant 20 ans sans s'ulcérer, sans faire souffrir la femme, sauf en période menstruelle ; histologiquement, la tumeur, nous dit-il, avait les caractères d'un sarcome.

Cette forme peut exister également au niveau de la conque, la tumeur est fixée au cartilage et glisse sur la peau (Miot et Baratoux). Même dans ce cas, elle pourrait être due quelquefois au *percement du lobule*, comme semble le démontrer l'observation de Cocheril par exemple.

Nous avons, pour schématiser, décrit, suivant le siège, des formes spéciales ; ces formes ont en effet *chacune leur point de prédilection*, mais rien n'est

absolu et, de même que nous venons de voir que la forme infiltrée peut siéger dans la conque, les formes ulcéreuses et fissuraires, de beaucoup les plus importantes, qui apparaissent ordinairement sur le contour du pavillon peuvent débiter en tout autre point :

sur le lobule, plus souvent même que la forme infiltrée qui est rare,

derrière le méat, où elle a l'aspect d'une verrue ulcérée secondairement,

enfin, derrière la conque, et particulièrement dans le sillon rétro-auriculaire, où la forme fissuraire est la règle.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT. ULCÉRATION. — Laissons la tumeur végétante ou infiltrée se développer, la peau amincie, qui est devenue chaude, rouge, douloureuse, va s'ulcérer comme dans les deux premières formes de début, et envahir tous les tissus suivant une marche maintenant rapide. La conséquence en sera l'apparition possible de *complications infectieuses*, particulièrement l'érysipèle, d'*hémorragies*, jamais bien graves cependant, de *signes fonctionnels*, si la tumeur bouche le conduit, enfin et surtout l'apparition de *douleurs*.

Les *douleurs* sont vives à cette période particulièrement dans les cancroïdes à évolution profonde, par suite de l'englobement des nerfs : le malade perd le sommeil, énérvé par ces douleurs lancinantes qui s'irradient vers l'oreille interne, la région temporale, le pariétal, la face, le cou, la langue.

L'état général est ordinairement bon.

Les ganglions régionaux qui, nous l'avons vu, peuvent quelquefois apparaître précocement (obs. II), manquent très souvent, même dans de grosses tumeurs (obs. de Bezold), et quand on en trouve, ils sont, la plupart du temps, simplement inflammatoires et dus simplement à la destruction intense et à la suppuration. Nous étudierons en détail leur siège au chapitre du traitement ; ils peuvent être préauriculaires et parotidiens, mastoïdiens ou carotidiens.

Signes physiques. — A ce stade l'ulcération a encore un aspect différent, suivant le mode de début et le siège.

a) *Sur le contour de l'oreille* où elle résulte des formes *ulcéreuses* et *fissuraires*, elle sera le plus souvent sinueuse et déchiquetée, quelquefois ce sera une simple fente suivant une ligne plus ou moins brisée ; elle repose sur un tissu épaissi, les bords en sont indurés, rugueux, rouges, taillés à pic ou éversés, se relevant alors en un bourrelet saillant ; au delà de ces bords, la peau est souvent marquée de stries vasculaires qui peuvent s'étendre au loin. Le fond de l'ulcération est quelquefois lisse, ne sécrète presque pas de pus et est recouvert par une croutelle mince ; plus souvent au contraire, il est anfractueux, formé de bourgeons exubérants et cette surface rouge et grisâtre sécrète une abondante sérosité purulente, crémeuse, d'odeur fétide qui se dessèche à l'air et qui, mélangée de matières épidermiques et de sang, forme des croûtes noirâtres.

b) A la conque, la forme *végétante* s'ulcérera très tard, et la tumeur très étendue aura l'aspect d'une masse bourgeonnante en certains points, ulcérée très irrégulièrement en d'autres, le même ichor fétide se concrétant en croûtes plus ou moins adhérentes.

c) Dans la *forme infiltrée du lobule*, la peau une fois ulcérée, la masse centrale fongueuse, d'un rouge plus ou moins foncé, tend à soulever la peau. Elle forme plusieurs lobes séparés par des sillons rameux. Autour des parties ulcérées, la peau est livide, amincie, décollée sous forme de bourrelets peu épais non éversés en dehors. Cette forme admet très longtemps à ce stade un bon état général.

B. — Couduit

DEBUT. — Les SIGNES SUBJECTIFS attireront ordinairement les premiers l'attention, la tumeur provoquant souvent l'atrésie ou même l'obstruction du conduit d'où *diminution très notable de l'audition* et la *douleur* qui manque très rarement. Cependant le début est quelquefois inaperçu, tel le malade cité par Cuvillier qui consultait pour insuffisance respiratoire nasale. Ces douleurs, constantes ou par crises sont tellement fortes chez certains qu'ils pensent au suicide ; elles ont leur maximum dans l'oreille et s'irradient dans le cou, vers la mastoïde et surtout au niveau de l'articulation temporo-maxillaire dont elles empêchent tout mouvement de mastication, le malade redoutant même d'ouvrir la bouche pour s'alimenter.

SIGNES PHYSIQUES. — Sans otoscope, la tumeur peut être souvent reconnue à un simple examen. Elle apparaîtra alors comme un *polype*, souvent quelquefois comme une *verruë*, exceptionnellement comme une exostose ou un *chondrome*, l'épiderme qui le recouvre ne se différenciant en rien des parties voisines ; ces deux dernières formes seront d'autant plus facilement décelées qu'elles siègent au voisinage du meat.

Mais quelquefois le conduit étant libre dans sa presque totalité, on ne pourra apercevoir la tumeur qu'avec un otoscope ; celle-ci apparaîtra sous forme de végétations ou de *granulations* et pourra rester longtemps inaperçue, ne se révélant à un médecin averti que par des hémorragies répétées, un écoulement abondant, une paralysie faciale.

PERIODE D'ETAT. — Les formes verruqueuses s'ulcéreront et auront un aspect et une *marche analogue à celles du pavillon*, mais donneront en plus des signes d'obstruction du conduit.

Le **POLYPE** à un degré avancé se sphacèle et laisse écouler un pus fétide, sanieux, avec des débris épithéliaux.

Les **VÉGÉTATIONS ET LES GRANULATIONS** du conduit osseux infiltrent tout son revêtement épithélial qui s'enflamme, se tuméfie et aggrave les signes fonctionnels par obstruction, mais déjà elles ont envahi la caisse, comme elles vont envahir le conduit cartilagineux.

Ces formes très spéciales sont souvent, d'après Cuvillier, secondaires à un cancer de l'oreille

moyenne ; elles peuvent également être secondaires à une forme polypeuse mal traitée. Elles sont plutôt du domaine du spécialiste qui, seul peut les diagnostiquer par un examen profond. Leur traitement peut rarement être curatif à la différence des tumeurs du conduit cartilagineux.

CHAPITRE IV

Evolution - Complications.

I. — *Propagation.*

PAVILLON. — Suivant ses tendances, l'ulcère est plus ou moins superficiel ou profond. Affectant la forme « *ulcus rodens* », il peut s'étendre en surface vers les régions avoisinantes : tempe, s'il siège vers le tragus, région mastoïdienne s'il a pris naissance à la face postéro-interne de l'oreille ou dans le sillon rétro-auriculaire. Le plus souvent cependant, il s'enfonce dans la profondeur comme un *cancroïde*. Il peut alors arriver à détruire toute le pavillon en créant une vaste surface ulcérée infundibuliforme dont le fond est représenté par le conduit auditif externe recouvert de végétations rougeâtres et saignantes.

1° PROPAGATION EN SURFACE. — Laisse sans soins ou mal traité, il prend alors une marche plus rapide, s'étend aux parties avoisinantes, à la joue, la parotide, au cuir chevelu, de même qu'il peut venir, quoique très rarement, de ces régions. En même temps, la

tumeur s'insinue vers le pharynx et le cou ; elle peut alors donner naissance à des pseudo-abcès pharyngiens, elle peut surtout toucher des nerfs et occasionner des névralgies du trigumeau, des troubles de la parole par paralysie du récurent, des troubles du côté du pneumogastrique (déglutition pénible, irrégularité respiratoire, etc.), qui pourront occasionner la mort par pneumonie intercurrente. La tumeur peut même s'étendre vers la nuque, atteindre l'articulation atlando-occipitale et produire une raideur douloureuse.

La suppuration est alors abondante, les os envahis sont nécrosés, présentent des fistules par lesquelles on peut aller sentir des séquestres.

Épuisés par l'insomnie, les hémorragies répétées, les malades maigrissent, perdent leurs forces et leur teint prend la couleur jaune paille. Bientôt des troubles digestifs, la fièvre hectique achèvent de les épuiser et la mort survient dans la cachexie.

2° PROPAGATION EN PROFONDEUR. — Mais, *le plus souvent, la mort arrive avant ce stade par le fait de la propagation vers le conduit osseux, l'oreille moyenne, puis le cerveau, nous allons en examiner maintenant le mécanisme.*

CONDUIT. — 1° CONDUIT CARTILAGINEUX. — L'évolution sera analogue à celle du pavillon, mais la proximité du conduit osseux et de l'oreille moyenne dont l'atteinte est grave en rendra la marche à la période d'état plus rapide. La propagation se fera à l'articu-

lation temporo-maxillaire en avant d'où résulte une gêne très grande de la mastication, en arrière à la *mastoïde*, d'où des signes analogues à une mastoïdite (obs. Sebileau). Toute la *paroi osseuse* du conduit pourra être enfin envahie et cette destruction est plus grande que les pires cas de carie et de cholestéatome. Particulièrement frappante est la participation de la paroi antérieure du conduit qui est d'habitude épargnée par les autres processus nécrosants.

2° CONDUIT OSSEUX. — La tumeur cancéreuse ayant envahi le conduit osseux, soit *primitivement*, soit *secondairement à un épithélioma du pavillon ou du conduit cartilagineux*, perfore le tympan et se propage très rapidement autour d'elle. Dans le cas de TUMEUR PRIMITIVE DU CONDUIT, la propagation à l'oreille moyenne pourra se faire très insidieusement, l'état général restant bon, et c'est une opération qu'on croyait restreinte au conduit qui révèle brusquement l'étendue du mal qui va, dès lors, prendre une marche encore plus rapide (obs. Krépuska).

Dans le cas de tumeur arrivée à une période avancée de son évolution et ayant ATTEINT SECONDAIREMENT LE CONDUIT OSSEUX, la propagation va se faire vers la mastoïde, le muscle temporal, l'orbite, la paroi postérieure du frontal, l'aile du sphénoïde en même temps qu'elle envahit l'oreille moyenne.

Que le cancer soit primitif ou secondaire, la mort vient dans presque tous les cas par la rupture de la *dure-mère* ou celle des vaisseaux, *sinus transverse ou carotide interne*, particulièrement exposés ; le ma-

lade est emporté par la MÉNINGITE ou l'HÉMORRAGIE qui en sont la conséquence.

II. — *Complications ganglionnaires. Métastases*

Les ganglions souvent tuméfiés du fait de l'infection concomitante, sont très rarement atteints par une métastase cancéreuse. Masson disait que la littérature n'en avait jamais relevé un cas certain. Nous avons pu cependant retrouver une observation de Mauclaire mentionnant que les ganglions sous-sterno-mastoïdiens avaient été histologiquement constatés cancéreux, et, d'autre part, nous avons pu étudier nous-mêmes une métastase ganglionnaire probable chez le malade de l'observation n° 4 que nous publions.

Si nous remarquons que dans ces deux cas le cancer avait envahi les régions avoisinantes, nous pouvons conclure que les métastases sont très rares dans un épithélioma bien limité au pavillon. Nous étudierons au chapitre du traitement la topographie des ganglions susceptibles d'être envahis.

Enfin, indépendamment du danger de généralisation que fait courir le ganglion supposé néoplasique, sa tuméfaction peut occasionner des complications nerveuses ou vasculaires.

III. — *Complications hémorragiques*

Elles sont rarement importantes quand les cancers sont encore opérables. Lorsque la propagation cancéreuse s'est accentuée vers la profondeur, elles prennent une importance plus grande. Nous avons vu

qu'elles sont une cause fréquente de mort par rupture de la carotide ou des sinus.

IV. — *Complications infectieuses*

Les lésions d'eczéma aigu, les inflammations chroniques qui sont quelquefois une cause de cancer contribuent à provoquer la tuméfaction du pavillon dès le début de la maladie.

Plus tard, à la période d'ulcération, l'infection surajoutée est la règle sur un cancer non traité, d'où retentissement ganglionnaire souvent précoce et très marqué. Ces phénomènes inflammatoires expliquent peut-être en partie l'amélioration notée par les traitements antiseptiques qu'on employait autrefois.

Parmi les complications aiguës, l'érysipèle qui peut récidiver plusieurs fois a été surtout observé.

CHAPITRE V

Diagnostic.

I. — PAVILLON

Diagnostic positif

Il est important à faire *au début*, avant que le cancer ait pris une marche rapide et se soit propagé autour de lui. On le fera en considérant son évolution, sa tendance à proliférer, en étudiant sa consistance, sa coloration, l'infiltration de sa base.

Plus tard, on sera orienté vers lui par les caractères de l'ulcération, l'induration de ses bords, l'écoulement perpétuel de liquide sanieux et la perte de substance qui suit.

Le diagnostic exact est *souvent difficile* à faire ; à la période de début on n'y pensera pas toujours, et on laissera évoluer le cancer d'autant plus facilement qu'il peut prendre l'apparence d'une verrue, d'un fibrome (forme infiltrée du lobule) que l'on croira bénins, ou se cacher sous une croûte que l'on pensera

causée par une dermatose érythémato-squameuse quelconque, ou par un traumatisme.

Il faut y penser dans ces cas et ne pas négliger ces petites lésions de la peau d'apparence inoffensives qui, même si elles ne sont pas cancéreuses, demandent à être traitées puisque c'est souvent sur elles que se greffe le cancer. L'évolution d'ailleurs fixera bientôt le diagnostic.

Diagnostic différentiel

1° DEBUT. — IL Y A TUMEUR. — a) Elle sera quelquefois difficile à différencier au début d'un *nodule tuberculeux*, d'une *perrue* ; c'est l'évolution qui montrera qu'on a affaire à un cancer. On éliminera par le même moyen toutes les *malformations congénitales*, les fibro-chondromes branchiaux, le kyste dermoïde très rare (Citelli en cite un cas sur le lobule), les fibromes molluscum multiples et rares, les *nævus* qui peuvent donner naissance à des épithéliomes ordinaires ou *mélaniques*. Ces derniers seront reconnus quelquefois à leur aspect « plomb de chasse ».

On pensera à un angiome en présence d'une tumeur existant depuis la naissance, mais s'étant développée progressivement : la tumeur saigne de temps à autre, elle est de couleur sombre, de consistance molle ; on la trouve le plus souvent au lobule, quelquefois sur la face antérieure du pavillon.

Les *tumeurs érectiles* veineuses forment des taches assez étendues et assez superficielles. Les tumeurs artérielles sont limitées à un point du pavillon et s'ac-

compagnent de dilatation verruqueuse des artères du voisinage.

Le *fibrome* est assez fréquent au lobule, il est souvent consécutif au port de boucles d'oreilles trop lourdes. Sa forme est globuleuse, sans irritation de l'épiderme sous-jacent, l'évolution est lente, sans tendance à l'ulcération et l'accroissement se fait dans la masse sans gagner les parties voisines ; certaines tumeurs malignes du lobules nous l'avons vu, ont un début tout à fait analogue.

Le Docteur Témoin a rapporté un cas de lymphadénome qui aurait pu aisément être confondu avec un cancer. Il débuta par un simple bouton sur l'hélix et augmenta assez vite jusqu'à avoir la grosseur d'un œuf de pigeon. La tumeur violacée, indolore était le siège de petites hémorragies.

Les *dépôts d'acide urique* des gouteux siègent sur le bord supérieur de l'hélix, on les reconnaîtra à ce qu'ils sont indolents et à ce qu'ils présentent une période d'irritation passagère correspondant à l'abcès de goutte aiguë.

Le *kyste sébacé* présente une sensation spéciale de consistance ferme, mais non dure, il est indolore et plus ou moins mobile.

Citons encore l'*othématome* des boxeurs ou des aliénés, qui est une suffusion sanguine entre la peau et le cartilage et que les anamnétiques nous feront diagnostiquer, les *chéloïdes*, l'*éléphantiasis* excessivement rares, et les *pseudo-éléphantiasis* de l'oreille dus à une inflammation chronique de la peau, à des éry-

sipèles à répétition, à de l'eczéma aigu ou chronique persistant.

b) Si la tumeur a l'aspect d'une croûte, il faudra songer à la crasse des vieillards, qui peut d'ailleurs en être la cause.

L'eczéma aigu attirera notre attention par une peau rouge parsemée de petites vésicules qui se rompent en laissant échapper un suintement séreux ou séropurulent et se recouvrent finalement de croûtes. L'eczéma chronique est caractérisé par des squames blanchâtres avec épaissement des téguments et de vives démangeaisons. Le pavillon peut s'ulcérer et se recouvrir de croûtes épaissies. L'eczéma se retrouve en même temps sur les autres parties du corps, telles que la face, le cuir chevelu ; il cède au traitement approprié.

L'ulcération traumatique se reconnaîtra aux anamnestiques, le psoriasis aux plaques que le malade peut présenter aux points d'élection.

IL Y A ULCÉRATION. — S'il y a une simple rhagade, on pourra croire à une crevasse, à une engelure. Dans ce cas, il n'y a pas d'induration, l'ulcération n'est pas douloureuse, mais cuit seulement et est presque toujours bilatérale.

2° A LA PERIODE D'ETAT, on pourra confondre le cancer avec toutes les infections chroniques ulcérées. En général, les ulcérations épithéliomateuses ont un aspect caractéristique, mises à part, les modifications passagères dues à l'application de caustiques énergi-

ques, d'un traitement par les rayons X ou le radium. On les a confondu cependant quelquefois avec des ulcérations syphilitiques ou lupiques. Le traitement d'épreuve affirmera le diagnostic dans le cas de chancre induré (exceptionnel) ou d'*ulcération tertiaire*.

Quand au *lupus*, il est plus étendu, rarement localisé à l'oreille seule ; il est généralement serpigineux ; On trouve des îlots cicatriciels au milieu de parties ulcérées et autour de l'ulcération, des nodules qui vont devenir le point de départ de nouvelles ulcérations ; il n'y a pas de ganglions. Une auscultation attentive, les antécédents décèleront quelquefois la tuberculose. L'inoculation au cobaye pourra être d'un grand secours. Le diagnostic n'a été fait, certaines fois, qu'à l'examen histologique, comme pour un malade de Guermonprez, et même au microscope, il est difficile quelquefois d'éloigner l'hypothèse d'une lésion tuberculeuse. Témoin notre malade de l'observation IV, pour lequel le diagnostic histologique fut considéré comme douteux au premier abord.

Signalons encore la possibilité d'erreur toute temporaire avec des *ulcérations traumatiques infectées* ; enfin la confusion encore plus improbable avec l'*actinomycose* ; celle-ci débute souvent par la région cervico-faciale et temporo-maxillaire ; à défaut de grains jaunâtres pathognomoniques, l'induration, la tuméfaction des parties molles jointe à la multiplicité des orifices fistuleux devrait y faire penser.

Un *kyste sébacé ouvert* se recouvrira d'une croûte qui lui donnera, pour Pétroff, un aspect tout à fait semblable à l'épithélioma, mais le malade interrogé

nous dira qu'il était porteur depuis longtemps d'une tumeur arrondie, lisse, fluctuante, qui s'est perforée et a donné naissance à la lésion.

II. — *Conduit.*

Conduit cartilagineux

DIAGNOSTIC POSITIF. — Les formes verruqueuses se trouvant au méat, sont tout à fait analogues avec celles du pavillon, elles seront vite constatées quand l'attention aura été portée vers le conduit par des signes fonctionnels.

Leur DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL se fera avec les mêmes lésions qu'au pavillon.

Des granulations sur le conduit cartilagineux seront le signe d'une lésion plus profonde.

Conduit osseux

DIAGNOSTIC POSITIF. — Il est plus difficile au début. Plus tard l'aspect de la tumeur avec certains points sphacelés, le suintement fétide, le fait qu'il n'y a aucune tendance à la régression pourront mettre sur la voie du diagnostic que confirmera l'examen histologique, mais la guérison définitive à ce moment ne pourra guère plus être espérée.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL. — DÉBUT. — Il sera à faire avec un *polype* ayant pris naissance sur le tympan. Mais ici la coloration est plus rosée, la consistance plus molle; il n'y a pas de fongosités ni d'écoulement purulent.

Un début rapide peut faire croire à un *furuncle* (Obs. Masson) à un *bouchon de cérumen* (Obs. Dallmann).

On peut croire quelquefois à une mastoïdite. Ainsi fit Sebileau pour un cancer du conduit propagé à la caisse.

Les granulations doivent toujours faire penser au cancer, particulièrement quand une bonne audition permet d'exclure une maladie de l'oreille moyenne, quand il y a des hémorragies spontanées, une récurrence rapide après ablation, une insertion large du granulôme.

Le diagnostic peut rester hésitant avec une simple *otite externe* quand il y a sécrétion purulente et que le conduit atrésié ne permet pas de voir, à un examen rapide, une tumeur de la paroi.

PÉRIODE D'ÉTAT. — Un peu plus tard le diagnostic ne pourra plus être fait avec le cancer de l'oreille moyenne, le tympan est détruit.

CHAPITRE VI

Pronotic.

1° RAPIDITÉ D'ÉVOLUTION DU CANCER. — La marche des cancers de l'oreille est en général lente au début comme pour beaucoup d'épithéliomas de la moitié supérieure de la face, d'où la possibilité à cette période d'un traitement curatif. La plupart évoluent *lente-ment pendant six mois à deux ans*, pour prendre ensuite une *marche accélérée*, souvent sans cause apparente, quelquefois après une *irritation* quelconque, une mauvaise thérapeutique (exérèse trop conservatrice, curetage de conduit, emploi de caustiques).

La *malignité est cependant quelquefois très grande dès le début*. En quelques mois, chez le malade de Duplay, l'oreille externe et les parties avoisinantes étaient détruites, les os à nu et nécrosés, l'articulation temporo-maxillaire ouverte. Chez le malade de Sédillot, le pavillon de l'oreille était entièrement détruit en trois semaines.

Certaines fois, au contraire, le cancer peut être presque stationnaire, et cela sans retentissement sur l'état

général et sans ganglions, pendant 5 ans (Lannelongue) 8 ans (Trunecek), 10 ans (Marestin), 20 ans même (cas d'un « sarcome » du lobule dû à Rondot).

Nous avons trouvé dans les archives de M. le Professeur Moure de Bordeaux, l'observation d'un homme qui, à 44 ans présenta une petite excoriation préauriculaire qui, presque stationnaire pendant 4 ou 5 ans, se propagea lentement au pavillon. Le Docteur Audry de Toulouse l'opéra 14 ans après l'apparition de cette excoriation ; ce cancer à évolution si lente récidiva au bout de deux ans. Dans le cas de Trunecek, deux opérations successives provoquèrent la mort en un an.

Le pronostic ne sera donc pas toujours favorable dans le cas d'un cancer qui avait évolué jusqu'alors lentement, mais en face d'un cancer à marche rapide il est toujours grave.

2° PROPAGATION VERS LE CONDUIT. — C'est elle qui règle surtout la gravité du cancer étant donné la marche rapidement fatale que prend celui-ci quand il a pénétré dans les cavités de l'oreille. Or, *tout ulcère cancéreux profond, a tendance à se propager vers le conduit, d'où l'influence de la forme du cancer.*

La FORME cancroïde sera particulièrement grave, les formes superficielles au contraire seront relativement bénignes. Au lobule, la variété infiltrée qui se rencontre quelquefois nous semble assez inoffensive, elle apparaît lentement et nous n'avons pas retrouvé de cas de mort consécutive à son ablation, cependant, certains auteurs l'accusent d'être grave peut-être par

analogie avec d'autres formes sarcomateuses comme lui et apparaissant comme lui également chez des personnes relativement jeunes.

Le SIÈGE de la tumeur conditionnera également le pronostic. Les épithéliomas du conduit cartilagineux qui, en eux-mêmes, ne sont pas plus malins que ceux du pavillon ,prendront vite une marche rapide dès qu'ils auront atteint le conduit osseux et la mastoïde. Cependant les cancers de la conque ne seront pas plus dangereux que ceux de l'hélix, étant donné leur forme ordinairement bourgeonnante et superficielle.

Il serait donc important de pouvoir faire le *diagnostic de la profondeur* qu'a atteint le cancer. Les signes fonctionnels : vertiges, bruits subjectifs, de même que les douleurs, la paralysie faciale, l'écoulement, donneront quelques indications sur la possibilité d'envahissement de l'oreille moyenne. On pourra faire les diverses expériences du nystagmus provoqué.

L'ÂGE et l'ÉTAT GÉNÉRAL aideront également à *établir le pronostic*.

Les GANGLIONS ne sont pas une preuve de malignité du cancer, ils manquent dans certains d'entre eux qui présentent une évolution particulièrement rapide et peuvent exister dans le cas de cancer d'allure bénigne, ils peuvent en être même la première manifestation (obs. II).

CHAPITRE VII

Les méthodes thérapeutiques.

A. — Les procédés médicaux anciens

Les agents. — On a utilisé successivement des agents mécaniques, chimiques ou physiques.

a) Les agents mécaniques tels que la ligature, les écraseurs de Chassaignac, sont complètement à rejeter.

b) Parmi les agents chimiques, on a utilisé des substances modificatrices ou antiseptiques, très insuffisantes. Citons l'alcool, l'acide pyrogallique, le bleu de méthylène, le chlorate de potasse, l'acide phénique; signalons encore la méthode de Kôster, la méthode sclérogène de Lannelongue.

Les caustiques ont une action plus énergique. On s'est servi d'acide azotique, sulfurique, chromique, de la pâte de Vienne, de la pâte de Canquoin, de la pommade de Rousselet; mais on s'est surtout servi d'acide arsénieux, en injections quelquefois, mais le plus souvent sous forme de pâtes caustiques; en solution al-

coolique, ce corps a été extrêmement vanté il y a quelques années (méthode Czerny-Trunecek).

c) Parmi les agents physiques, le fer rouge a donné de très bons résultats. Sédillot le considérerait comme le meilleur traitement.

Le thermocautère et le galvanocautère pourraient permettre de détruire un petit cancroïde superficiel sans hémorragie et sans forte douleur.

L'héliothérapie ou la photothérapie sont des traitements trop longs, d'une efficacité encore moins certaine, de même que la cryothérapie, l'électrolyse, les étincelles à haute fréquence, la fulguration.

Indications. — De tous ces procédés la plupart, reconnus cependant actuellement comme presque sans valeur, ont suffi quelquefois à guérir les cancers de l'oreille comme d'autres cancers cutanés. Parmi les observations que nous avons lues nous avons noté des guérisons par des caustiques tels que la solution alcoolique d'acide arsénieux, la pommade de Rousselet, mais, même par le fer rouge (Sédillot), le chlorate de potasse (Tedenat), l'acide phénique (plusieurs cas de Filarétopoulo), et même les écraseurs de Chassaignac (Chalot).

Mais ces procédés sont très insuffisants et irréguliers, ils sont des plus dangereux, car ils hâtent très souvent l'évolution de la tumeur en l'irritant.

Ils ont perdu presque tout intérêt actuellement depuis l'apparition de deux nouveaux agents physiques, les rayons X et le radium.

B. — *Radiothérapie et radium*

1° *Radiothérapie.* — Les rayons X ont une influence sur la vie des cellules comme toutes les autres radiations, mais leur action est bien plus intense ; ils pénètrent profondément les tissus et agissent électivement sur certains d'entre eux.

La profondeur à laquelle se trouve la tumeur a cependant son importance d'où l'action plus intense des rayons X sur les épithéliomas cutanés que sur les cancers profonds et le peu d'action sur les ganglions.

La loi générale de Bergonié et Triboudeau explique que les épithéliomas à globes cornés, dont les cellules sont très différenciées, soit très peu radiosensibles. D'après Bécélère on n'a jamais eu un seul cas de guérison avec cette variété d'épithélioma et l'on ne devrait jamais faire un traitement radiothérapique avant d'avoir fait le diagnostic histologique de la variété de tumeur que l'on veut soigner.

La majorité des tumeurs de l'oreille semble appartenir à cette catégorie de tumeurs hyposensibles.

Il semble que ces considérations se vérifient à l'oreille et que les épithéliomas cornés, les cancroïdes à bourrelet très saillant, les tumeurs épaisses, guérissent difficilement. Enfin, notons encore l'influence défavorable de la forme squirrheuse.

Les indications des rayons X seraient donc très *restreintes*. Nous n'accorderons cependant pas trop d'importance à ces différences d'action suivant la profondeur, la sclérose, la variété ; les types de cancers gué-

rissant par la radiothérapie ne sont pas encore bien fixés. Aussi ne peut-on jamais dire d'avance si un épithélioma sera sûrement guéri par elle et dans l'hypothèse d'une guérison, si celle-ci sera prompte ou lente, temporaire ou réelle.

La guérison est donc *incertaine*. Elle est d'ailleurs *rare* ; les cellules s'immunisant contre les rayons X, il arrive fréquemment que la tumeur semble rétrocéder, se cicatrise même, puis reprend sa marche progressive. Dans d'autres cas, la récurrence survient après une courte période de guérison apparente. Ailleurs encore, la lésion n'est aucunement modifiée dans son évolution.

En revanche, la radio amène très souvent une *amélioration très nette* et très rapide, quoique souvent momentanée, et cela particulièrement dans les formes térébrantes des épithéliomas baso-cellulaires au dernier stade. Dans ce cas, elle fait disparaître en un ou deux jours la sécrétion fétide et les douleurs. Nous pouvons donc conclure que si elle perd ses droits quant à la médication curative des cancers de l'oreille, elle les retrouve dans le traitement palliatif.

Grâce à une bonne technique, la radiodermite a à peu près disparu, mais on voit encore le traitement produire une aggravation des lésions.

2° *Radiumthérapie*. — Depuis quelques années, on utilise le radium contre le cancer. Il a une action plus forte que les rayons X, mais qui lui est très analogue (mêmes variations suivant la forme, la profondeur). Cette action est, pour Regaud, en raison inverse, du

carré des distances, d'où l'utilité des feux croisés et des applications dans l'intérieur des tumeurs pour que l'irradiation soit aussi intense et égale que possible. Cette condition indispensable est particulièrement facile à remplir à l'oreille, par suite de la présence du conduit auditif qui permettra d'introduire les tubes de Dominici en pleine tumeur.

Inconvénients. — Une dose insuffisante peut donner un coup de fouet à la tumeur en ne touchant que superficiellement les lésions périphériques.

MM. Lannois et Sargnon ont souvent constaté le jour de l'application ou peu après, une élévation de température qui se limite habituellement entre 38 et 39 degrés, mais qui peut atteindre 39°5, pour diminuer graduellement et disparaître en deux ou trois jours ou revenir brusquement à la normale ; ils pensent qu'elle est peut-être due à une brusque résorption de toxines, la tumeur fondant quelquefois avec une grande rapidité ou à la brûlure superficielle qui suit l'application radio-active, lésion fréquente et qui peut être pourrait s'accompagner même de nécrose du conduit osseux, si l'on pense au cas que ces auteurs rapportent de séquestre du palais consécutif au traitement d'une tumeur du naso-pharynx.

Enfin, peut-être le radium favoriserait-il les métastases (Lannois et Sargnon). L'apparition de ganglions dans la zone irradiée a été vue fréquemment par ces derniers auteurs qui l'attribuent à l'affaiblissement de la défense leucocytaire.

3° *Résultats.* — Notre statistique ne nous donne que

des renseignements incomplets. Trop de malades ont été perdus de vue aussitôt après le traitement.

En ce qui concerne le traitement radiothérapique, nous n'avons trouvé que trop peu de cas suffisamment anciens pour que les résultats soient concluants. Sur trois cas d'épithéliomas traités uniquement par cette méthode, il y a eu une guérison persistant neuf mois après, une autre un mois après, ces deux cas correspondent à un épithélioma du conduit ; cette période d'observation est trop courte pour qu'on puisse affirmer la guérison. Nous avons noté également une récurrence après sept mois d'un cancer du pavillon à type ulcus rodens, type considéré cependant comme étant ordinairement assez sensible aux rayons X.

En ce qui concerne le radium, nous n'avons pas retrouvé de cas de guérison, il est vrai que Wilau, Finzi, Lannois, Molinié, ne se sont attaqués qu'à des cancers très avancés. L'amélioration a été constatée sur plus de quatre années quelquefois, mais n'a été souvent que temporaire (obs. V).

C. — Méthode chirurgicale

Dans l'état actuel de la science, le traitement chirurgical est le traitement de choix dans la majorité des cas. Il est en effet *le plus sûr* de toutes les thérapeutiques, puisqu'il propose d'enlever la cause même du mal au lieu d'en modifier seulement les éléments. Ses indications quand on veut obtenir un résultat définitif, sont *moins restreintes* que celles de la radiothérapie, puisque toutes les formes de cancer peuvent être enlevées avec succès ; les contre-indications résul-

tent plutôt de l'étendue de l'épithélioma ; dans ce cas, une exérèse forcément incomplète risque de donner un *coup de fouet* à la lésion.

Les inconvénients résultant de la perte de substance sont peu de chose en comparaison des résultats obtenus.

CHAPITRE VIII

Choix de la Méthode à appliquer.

On ne peut guère espérer que de l'exérèse une guérison certaine, les moyens médicaux comptant à leur actif plutôt des améliorations ou des guérisons temporaires.

Nous pouvons adopter la conduite suivante :

1° LA TUMEUR EST INOPÉRABLE, par suite de l'état général ou de la propagation des lésions ; elle ne pourra être justiciable que du traitement médical comme *palliatif*, de la RADIO ou mieux de la RADIUM-THÉRAPIE. Dans ce dernier cas, on utilisera :

a) *L'émanation*, les aiguilles étant piquées dans la tumeur comme une pelote, ou introduites dans le conduit auditif ; cette méthode n'est guère employée qu'en Amérique.

.. b) *La méthode du rayonnement*, les tubes de Dominici étant introduits dans le conduit ou collés contre le pavillon. C'est la méthode employée le plus couramment en France (obs. V).

c) Les *sels collés*. Lannois et Sargnon s'en sont servis une fois dans un cas d'épithélioma du pavillon; ils donnent de moins bons résultats, car leur action est superficielle.

2° LA TUMEUR EST OPÉRABLE ; ON NE PEUT DÉPASSER LES LIMITES DU MAL ; c'est le cas d'une tumeur s'étendant loin sur les parties voisines ou ayant atteint le conduit osseux ; une tumeur qu'on croit limitée à la partie cartilagineuse se révèle souvent comme faisant partie de cette catégorie au cours de l'opération.

Le traitement radiumthérapique exclusif ne peut guère qu'améliorer le malade temporairement. On ne peut de même espérer obtenir une guérison par le traitement opératoire exclusif qui peut même hâter quelquefois l'évolution des lésions, mais l'on peut appliquer avec succès le TRAITEMENT MIXTE.

Ce traitement consistera exceptionnellement à faire la radiothérapie en premier lieu, de façon à rendre le cancer opérable.

Ordinairement celle-ci est secondaire à une *opération de propreté*.

Ainsi que Maunoury l'avait déjà conseillé depuis longtemps, on peut faire une application de rayons X à la fin de l'intervention sur *la plaie ouverte*, avant de suturer ; on a proposé aussi, dans le cas où l'opération n'a pu être suffisamment large, de faire des irradiations directement sur les tissus douteux dans les jours qui suivent, le chirurgien ne suturant que secondairement la plaie, mais cette méthode est incompatible avec une bonne asepsie. On peut également faire

une application sur la *cicatrice opératoire*, aussi précocement que possible, dès que les fils sont enlevés, ainsi qu'on l'a fait pour les cancers du sein, et cette technique rend les récidives beaucoup plus rares en empêchant la prolifération des cellules néoplasiques qui ont pu échapper au bistouri. On ne doit jamais manquer, dans les cas de ce genre, de faire porter l'irradiation non seulement sur la région de la tumeur, mais sur les zones ganglionnaires.

3° LA TUMEUR EST OPÉRABLE. ON PEUT DÉPASSER AU BISTOURI LES LIMITES DU MAL. L'exérèse est absolument *indiquée*. C'est le cas pour une tumeur, limitée au pavillon ou très limitée au conduit cartilagineux.

On emploiera le traitement exclusif dans la majorité des cas ; les ganglions seront enlevés s'ils sont tuméfiés ou s'il y a tumeur ulcérée à marche rapide.

Dans le cas où la tumeur est particulièrement maligne, on se trouvera bien d'utiliser le traitement mixte, soit avant la suture, dans le cas d'ablation large, avec évidemment ganglionnaire par exemple, soit après, si les tissus sont douteux.

On ne devrait utiliser la radiothérapie qu'exceptionnellement et seulement dans le cas de cancer baso-cellulaire, lorsque le malade se refuse obstinément à toute intervention sanglante. Dans ces cas, celui-ci doit être surveillé de près, de façon à ce qu'on puisse recourir à l'exérèse avant qu'il ne soit trop tard.

Le traitement chirurgical exclusif doit donc être

choisi comme le meilleur, l'oreille est un organe individualisé qui se prête admirablement à une exérèse complète.

CHAPITRE IX

Description de la Technique Chirurgicale.

L'opération comprendra deux temps :

- a) l'exérèse ;
- b) la restauration.

A. — EXÉRÈSE.

L'exérèse doit être *très large*, de façon à dépasser la limite réelle du mal, elle s'accompagnera au besoin d'*évidement ganglionnaire* ; cette deuxième condition perd une partie de sa valeur dans les cancers de l'oreille étant donné la rareté des métastases, constatées jusqu'à ce jour, cependant les ganglions sont très souvent tuméfiés par infection concomitante et seront enlevés, dans ce cas, avec avantage.

L'exérèse devra donc dépasser un peu les limites visibles du mal et cela d'autant plus que la tumeur présente une allure plus maligne. On pourra exciser plus de un centimètre de peau saine, alentour de la tumeur, si celle-ci a une grande malignité, ou seulement quelques millimètres dans le cas de tumeur

parfaitement limitée d'aspect extérieur et au début de son évolution.

Quant à l'évidement ganglionnaire, nous devons le pratiquer dans le cas de cancer à évolution rapide, même s'il n'y a pas de ganglions tuméfiés décelables au palper, ceux qui sont le siège d'une métastase cancéreuse pouvant être suffisamment petits pour ne pas pouvoir être sentis extérieurement, et la généralisation devant toujours être crainte, par prudence, surtout quand la tumeur n'est plus limitée à l'oreille. Si l'on sent des ganglions hypertrophiés, il y aura intérêt à les enlever même si l'allure du cancer est bénigne, car des ganglions simplement inflammatoires peuvent occasionner de véritables phlegmons, et leur ablation pourra hâter la cicatrisation de la plaie et provoquer l'arrêt des phénomènes inflammatoires consécutifs.

Lymphatiques de l'oreille. — Il serait intéressant pour la recherche des ganglions peut-être atteints, de connaître le territoire lymphatique normal de l'oreille externe. Il semble mal fixé. La description de Poirier et Cunéo nous paraît répondre le mieux aux résultats cliniques. Il divise les lymphatiques en trois groupes :

Un groupe *postérieur*, ayant pour territoire d'origine une partie de la face externe du pavillon, l'hélix, l'anthélix et la gouttière qui les sépare, la totalité de la face interne et la paroi postérieure du conduit auditif externe. Au nombre six à douze, ils vont se jeter : la plupart dans les ganglions mastoïdiens, quelques-uns gagnent les ganglions placés sous le sterno-cléido-mastoïdien.

Un groupe inférieur comprend un nombre très variable de troncs émanés du lobule, des parties adjacentes du pavillon et de la paroi inférieure du conduit auditif externe. Certains de ces troncs vont se jeter dans les ganglions placés sur le trajet de la jugulaire externe à sa sortie de la parotide, d'autres vont à des ganglions sous le sterno-cléido-mastoïdien.

Le groupe antérieur est formé par quatre à six troncs qui résument la circulation lymphatique de la conque et de la paroi antérieure du conduit. Ils se jettent dans les ganglions parotidiens, et plus particulièrement dans les ganglions situés au devant du tragus.

Testut et Jacob donnent une description à peu près analogue. Ils pensent que les lymphatiques du conduit viennent surtout se jeter en avant dans les ganglions parotidiens, ce qui serait plus en rapport avec nos observations.

Cliniquement, les ganglions pris les premiers, et ceux-ci ne le sont que dans la proportion de un quart environ, ne correspondent d'ailleurs pas toujours à cette distribution : pour un épithélioma venant de la conque, les ganglions du groupe sous-sterno-cléido-mastoïdien sont surtout pris d'après notre statistique ; l'épithélioma du conduit peut amener un engorgement de n'importe quel ganglion de la région, quoiqu'il s'attaque surtout aux préauriculaires. Quant aux cancers de l'hélix, les plus fréquents, ils peuvent, même très localisés, provoquer assez souvent, au mépris de toute considération anatomique, un engorgement des ganglions rétro et sous-maxillaires.

2° *Manuel opératoire.* — Il comprend deux temps principaux :

Premier temps : Dissection de la région où l'on a palpé les ganglions envahis, ou de celle qui, anatomiquement, pourrait être envahie. Ablation des ganglions hypertrophiés.

Ce temps n'est pas toujours indispensable, étant donné la rareté des métastases.

Deuxième temps : Exérèse. Ablation très large de l'épithélioma.

Le souci de la préservation de l'infection pourra modifier un peu la technique : c'est ainsi que le deuxième temps pourra passer avant le premier, dans le cas d'un néo très infecté ; nous en donnerons un exemple dans notre observation III.

Certains auteurs, entre autres Mauclaire,, ont fait précéder le premier temps de la cautérisation au thermo de la surface du néo, pour éviter les greffes par contact au cours de l'opération. Ce même auteur, pour une exérèse large, confond les deux premiers temps en enlevant en bloc la tumeur et les ganglions, sans section intermédiaire, pour ne pas infecter secondairement la plaie. Il fait pour cela une incision comprenant en avant la baie du tragus et les ganglions préauriculaires, circonscrivant en arrière les ganglions mastoïdiens ; elle se prolonge en bas assez loin, dépassant même l'angle de la mâchoire, afin qu'on puisse à l'aise arriver sur la chaîne des ganglions de cette région. Ainsi triangulaire, l'incision comprendra les ganglions prétragiens et mastoïdiens,

et se continuera très loin en bas, dans la région carotidienne.

Les ganglions, quand on aura décidé leur ablation, devront être recherchés très soigneusement, surtout les ganglions sous-sterno-cléido-mastoïdiens qui se cachent sous ce muscle. Le muscle relâché par la mise de la tête dans une position convenable, on pourra facilement atteindre et ramener les ganglions avec le tissu cellulaire qui les entoure.

Enfin, on fera soigneusement l'hémostase en raison des nombreux vaisseaux de la région. Le champ opératoire est parfois masqué par une grande quantité de sang ; il suffira de lier l'artère auriculaire postérieure et la temporale superficielle. Rarement on sera obligé de faire la ligature de la carotide externe, comme l'a conseillé Morestin.

Il faut, dans les deux premiers temps, éviter de blesser le nerf facial et les gros vaisseaux, et cependant la lésion du facial est quelquefois presque inévitable.

Une antisepsie et une asepsie rigoureuse seront de rigueur dans tous les cas et permettront d'éviter la plupart du temps, les complications infectieuses.

B. — RESTAURATION

Le souci d'éviter la récurrence devra toujours primer le souci de conserver l'esthétique de l'organe. Même avec cette restriction, la restauration a une grande importance et l'application des procédés que nous

allons indiquer donnera souvent des résultats appréciables au point de vue esthétique comme au point de vue fonctionnel.

La réunion des lambeaux est facile à obtenir dans cette région ; le cartilage est dépourvu de sensibilité et son périchondre se prête très bien à la formation d'une cicatrice rapide et solide.

La riche vascularisation de l'oreille est un autre facteur de succès. La facilité avec laquelle les plaies de l'oreille se réparent même lorsque il n'existe qu'un pédicule de quelques millimètres d'épaisseur (observation de Guermonprez) en est une preuve, de même que les cas de greffe du pavillon rapportés plus loin et les variations de coloration que peut subir l'oreille suivant les individus et le milieu extérieur. De nombreuses artères, venant de sources différentes, l'irriguent en effet ; elle s'anastomosent largement entre elles, et, d'autre part, grâce à la rigidité des éléments qui constituent cet organe, à l'absence de tissu conjonctif lâche dans sa texture, elles se maintiennent (comme celles du cuir chevelu), dans un état de béance qui offre une large voie au liquide nourricier et favorise par là même la réunion.

Cependant, dans certains cas, cette vascularisation est insuffisante, l'oreille, nous le savons, est sujette aux gelures, il faut tenir compte également des conditions d'âge, de l'état de nutrition des artères et même de l'état général. Cette déficience possible de la vascularisation pourra être combattue plus efficacement si l'on connaît la distribution anatomique des artères

de la région que nous allons étudier maintenant et dont nous pourrons tirer quelques indications.

Etude de la vascularisation

Elle se partage en deux territoires alimentés par des sources différentes, mais unis par de nombreuses anastomoses.

L'un de ces territoires, le principal, qui comprend toute la face interne et les trois quarts postérieurs de la face externe, reçoit l'afflux sanguin, de l'auriculaire postérieur. De cette dernière naissent trois rameaux supérieurs qui, après un trajet de direction transversale, perforant le fibro-cartilage en trois points, occupant très approximativement la même situation chez tous les individus. De ces trois points, le point supérieur est situé à la partie postérieure de la fossette scaphoïde ; le point d'émergence moyen occupe la région postérieure de l'angle formé par la racine de l'hélix et le bord supérieur de la conque ; le point inférieur se trouve au niveau de la terminaison de la queue de l'hélix, immédiatement au-dessus du lobule.

L'éventail vasculaire des deux perforantes supérieures assure la nutrition de la partie postérieure et supérieure de la face externe du pavillon, tout en s'anastomosant avec les contournantes issues de la même origine et avec les auriculaires antérieures. La face externe du pavillon tire donc la plus grande partie de ses rameaux vasculaires de la face interne.

D'où la règle : Dans la cure de difformité du pavillon due à un vice d'orientation consécutif à une exé-

rése partielle, on ne saurait être trop circonspect dans la résection du lambeau cutané qui nécessite cette correction. L'épaisseur de ce lambeau doit être aussi minime que possible, ne pas dépasser les couches profondes du derme, ne jamais atteindre le cartilage sur lequel rampent les troncs vasculaires, sous peine d'exposer le sujet à la gangrène de la presque totalité du pavillon.

D'ailleurs, les lambeaux angulaires intéressant toute l'épaisseur du pavillon ne doivent jamais comprendre les centres de rayonnement vasculaire dont nous parlons plus haut, sous peine de compromettre la vitalité des parties environnantes.



(Fig. 2) Points d'émergence des 3 perforantes.

Il est permis d'être moins circonspect lorsqu'il s'agit du lobule, dont la nutrition est assurée très largement par les rameaux issus de la première perforante, et par les branches de la plus inférieure des auriculaires antérieures. Ces branches anastomosées entre elles,

peuvent très suffisamment se suppléer en cas de section intéressant une ou plusieurs d'entre elles. D'autre part, l'absence des cartilages assure encore davantage la vitalité des lambeaux. Le tragus et la naissance de l'hélix sont copieusement irrigués par la temporale.

L'application des quelques règles que nous venons de tracer peut souffrir certaines exceptions. La richesse vasculaire de la région est elle-même une importante garantie du succès opératoire.

Il est bien entendu que ces règles ne s'appliquent qu'aux tentatives de réfection du pavillon et ne doivent, en aucun cas, limiter une exérèse pour cancer, pour conserver une artère, source de vaisseaux. Les anastomoses nous suffisent grandement pour suppléer dans ce cas à celle-ci.

LES PROCÉDÉS.

Au xvi^e siècle, Tagliacozzi publie un ouvrage devenu célèbre, mais très rare ; il aurait, paraît-il, entre autres réfections, « recoutré l'oreille » d'un moine avec une telle habileté qu'on ne pouvait plus la distinguer de l'autre. De nos jours, Dieffenbach, puis Guérmonprez, Nélaton, ont publié des méthodes spéciales d'otoplastie. A côté des méthodes compliquées qui sont peu intéressantes au point de vue pratique du sujet que nous traitons, il en est de simples qui peuvent être appliquées ou qui l'ont été dans quelques cas. Ce sont celles-ci que nous allons étudier maintenant.

A. — RESTAURATION APRÈS ABLATION PARTIELLE

DU PAVILLON

1° LA PERTE DE SUBSTANCE EST FAIBLE. —

La restauration consistera simplement à suturer les lèvres de la plaie, mais elle présente quelques points particuliers.

a) LOBULE. — Ne contenant pas de cartilage, il se déforme peu, aussi la technique en sera simple. Pour une tumeur du lobule, Lassier eut recours, suivant l'exemple de Syme, d'Edimbourg, à son excision, en conservant toutefois sous forme de lambeau allongé la partie non malade qui existait sur le rebord ; ce lambeau fut fixé par trois points de suture. La difformité qui en est résulté est à peine sensible, le lobule est seulement un peu plus petit qu'à l'état ordinaire.

b) CONDUIT. — Une exérèse intéressant le conduit en totalité ou en partie amène presque fatalement l'*atrésie du conduit*. Celle-ci est facilement évitable si on y prend garde. Il faudra donc penser à cette complication dans les opérations sur le tragus ou la conque, à plus forte raison dans les cancers du méat ou de la totalité du pavillon.

Ambroise Paré avait déjà attiré l'attention sur ce point : « Aussi, écrit-il, donneras le bon ordre, qu'il ne s'engendre chair superflue au conduit de l'oreille, de peur qu'elle face obstruction, qui estouperait la voye de l'onye. Pour cette cause, tu y mettras toujours un peu d'esponge, à fin de tenir le trou de l'oreille ouvert. » La plupart des auteurs ont suivi tout simple-

ment son conseil et se contentent de mettre un tampon d'ouate dans l'oreille. M. Guermont préfère sauvegarder la conservation de l'hiatus au moyen d'injections tièdes répétées plusieurs fois par jour. Après opération d'un cancer de la tempe et du tragus, il a observé de la tendance à l'oblitération du conduit auditif externe, non seulement par les bourdonnements et l'acousie, mais encore et surtout par la fétidité de la sécrétion du conduit ; la multiplicité des injections antiseptiques lui a rendu plus de services que les divers autres modes de pansements.

Si ces procédés ne suffisent pas, il faudra avoir recours à la dilatation artificielle. Escat se sert d'une laminaire qu'il laisse en place quatre ou cinq heures, moins de temps si l'application est douloureuse, puis il la remplace par une bande de gaze maintenue constamment imbibée d'un antiseptique, ce pansement humide sera renouvelé deux fois par jour : à chaque pansement, on placera une bande de gaze plus forte.

Si on a laissé le rétrécissement se former sans rien faire, on pourra être obligé de faire plus tard la résection circonférentielle du conduit.

c) CONQUE. — Dans des cas exceptionnels où l'exérèse aura porté sur la conque seulement, on pourra rejoindre les bords verticaux de la plaie opératoire sans avoir beaucoup de déformation (Nélaton).

d) HÉLIX. — C'est là où nous aurons à agir étant donné le siège habituel du mal.

L'incision la plus fréquente est l'incision en V, enlevant un triangle ayant pour base le bord libre de

l'hélix et dont l'angle opposé est dirigé vers le centre du lobule. Les lèvres de l'incision seront facilement réunies après une excision de quelques millimètres de cartilage pour éviter que la rétraction plus grande de la peau ne provoque sa hernie ou des déformations du pavillon. La simple réunion des lèvres de la plaie a pour effet de faire éverser en dehors le bord de l'hélix, au point où se fait la perte de substance, d'autre part, de transformer sa courbure régulière en un angle saillant. Cette dernière déformation sera grandement corrigée par le procédé simple employé à la clinique de M. le Professeur Tixier, pour l'un des quatre malades qui se sont succédés dans son service, procédé qui consiste à transformer le triangle classique en un triangle curviligne en rendant convexe l'un vers l'autre les deux bords cruentés qu'on va réunir.

Nous pourrions corriger l'enroulement du pavillon en enlevant plus de téguments à la face interne qu'à la face externe du pavillon, de manière que la cicatrice tende à appliquer davantage le bord supéro-postérieur du pavillon contre la région mastoïdienne, ou en enlevant un lambeau cutané ovalaire à la face interne et en coupant au besoin le cartilage qui fera charnière.

2° LA PERTE DE SUBSTANCE EST MOYENNE.

a) HÉLIX. — La réunion des lèvres de la plaie sera très difficile, sans provoquer l'enroulement du pavillon, dans ce cas, il y aurait intérêt à suivre la *technique de Guermonprez* et à pratiquer des excisions sous-

cutanées de cartilage. Dans le cas d'un cancer situé à la partie moyenne de l'hélix il fit une double excision A, et B., vers le milieu des portions conservées du fibro-cartilage. Il commença par le lambeau supérieur et limita cette ablation à la portion située en avant et en dedans de l'anthélix. La portion enlevée



Fig. 3

avait la forme d'un triangle à base inférieure mesurant 8 à 10 millimètres. Il opéra symétriquement sur le lambeau inférieur. La déformation fut négligeable, mais l'oreille étant donné la perte de substance, était plus petite que l'autre.

Guermonprez a réalisé une deuxième fois cette méthode pour une tumeur ulcérée, se trouvant un peu au-dessus du milieu de la portion qui s'étend de l'an-

titragus à l'orifice du conduit externe, et cette fois-ci encore, avec succès.

Mais l'on peut chercher à remplir la perte de substance pour conserver à l'oreille sa grandeur naturelle. On choisit pour cela un lambeau dans le voisinage de celle-ci et on comble la plaie d'emprunt par simple rapprochement des bords.

1° *Dieffenbach* détachait un lambeau de la région mastoïdienne et l'amenait dans la perte de substance par torsion.

2° *Procédé de Nélaton et Ombrédanne.*

a) *Lambeau occipito-mastoïdien secondairement redoublé.* — On taille à la manière de Dienenbach un grand lambeau horizontal dont l'extrémité antérieure est libérée, engagée dans la perte de substance et suturée. Au bout de dix jours, on sectionne le pédicule du lambeau, pédicule qui correspond à la partie supérieure. Cette section est faite de manière qu'il reste en arrière de l'oreille une portion de lambeau libre et flottante égale en surface à la perte de substance. On plie alors le lambeau sur lui-même, la portion libre et flottante venant jouer le rôle de doublure par rapport à la portion encastrée est suturée dans la perte de substance. Les deux surfaces cruentées juxtaposées sont maintenues dans cette position par quelques points de suture. Résultat satisfaisant, mais les cheveux poussent sur l'oreille.

b) *Lambeau occipito-mastoïdien primitivement redoublé* (juin 1909). — Le lambeau à pédicule posté-

rieur redoublé sur lui-même et fixé dans cette attitude par quelques points de suture fut encastré dans la perte de substance, le pli continuant par la saillie de l'hélix. La brèche formée par le prélèvement fut diminuée par quelques points de suture. Le malade ne revint pas et l'on ne put, dans une deuxième opération sectionner le pédicule et ajouter la tranche de section du lambeau à la tranche de section de la conque.

b) RECONSTITUTION DU LOBULE. — *Procédé Nélaton.* — Sur la peau de la région mastoïdienne, immédiatement au-dessus du conduit auditif externe, on taille un lambeau ovalaire, à pédicule tourné vers le haut. On relève ce lambeau qui conserve en son milieu la trace de l'implantation de l'ancien lobule. Cette trace est avivée dans toute l'épaisseur de l'implantation. Puis on saisit le lambeau, on l'attire par son centre, on le replie sur lui-même de manière que le pli corresponde à l'ancienne implantation et cette surface avivée est suturée à la partie avivée du reste du pavillon. Puis quelques points de suture maintiennent redoublé le lambeau qui prend le siège et la forme du lobule normal. On suture l'une à l'autre les deux tranches qui constituent le bord antérieur du lobule.

Procédé de Gavello. — Lambeau horizontal à pédicule antérieur situé au-dessous de l'oreille. On le replie sur lui-même et on suture les deux moitiés de la tranche inférieure qui va constituer le bord libre. Le

lambeau est attiré en haut et suturé à la partie restante du pavillon.

Procédé de choix (Nélaton) 1^{er} temps. — 1° Taille d'un lambeau à pédicule inférieur, à grand axe dirigé en haut et en arrière, le bord supérieur étant plus haut que le niveau où commence la perte de substance.

2° La tranche supérieure du lambeau est suturée au bord de la perte de substance.

2^e temps. — Au bout de dix jours, on sectionne le pédicule du lambeau qu'on redouble immédiatement sur lui-même de bas en haut.

c) RECONSTITUTION DU POURTOUR DU CONDUIT ET DE LA CONQUE. — On peut appliquer le procédé de Bouisson et prendre un lambeau mastoïdien à pédicule postérieur et supérieur, avec lequel on bouchera la perte de substance et dont l'extrémité antérieure sera introduite dans la cavité de l'ancien conduit pour en reconstituer les parois.

Bazold eut un succès constaté un an après dans le cancer de la conque pour lequel il avait disséqué le conduit. Il ferma la perte de substance par un grand lambeau de Thiersch et réussit à conserver un conduit peu retreci, grâce à la dilatation consécutive par laminaires.

3° LA PERTE DE SUBSTANCE EST CONSIDÉRABLE. — Il ne faut plus songer à rapprocher les lèvres de la plaie. On pourra avoir recours aux procédés

d'otoplastie décrits plus loin. Quelquefois avec une ablation totale de l'organe, on obtiendra un résultat esthétique aussi bon qu'avec un moignon susceptible de récidiver et le malade pourra couvrir sa mutilation d'une oreille artificielle.

B. — ABLATION TOTALE

Il pourra être utile de procéder à un décollement pour suturer la peau qui est à la marge du conduit auditif externe avec celle de la circonférence externe de la plaie.

Morestin ferme la perte de substance par un lambeau à pédicule postérieur prélevé sur la peau des régions sterno-cléïdo-mastoïdiennes et hyoïdiennes. Les poils de barbe dans le cas qu'il nous rapporte, se mélangeaient aux cheveux et cachaient la cicatrice.

Mais l'on peut faire mieux encore et refaire un pavillon soit artificiel, soit organique.

PROTHÈSE ORGANIQUE

« L'otoplastie dit de Troelsch, par application d'une oreille prise sur une autre personne, aurait été pratiquée avec succès dans l'Inde où l'on avait l'habitude de couper les oreilles aux prisonniers et aux criminels. » Les mémoires de Strafford montrent que la réunion des oreilles coupées étaient de pratique vulgaire en Angleterre, sous le règne de Charle I^{er} (1650). Parmi les supplices destinés à combattre l'opposition, l'un des plus fréquents consistait à clouer les oreilles au poteau infâmant et à les couper ensuite. « Dans

la foule des victimes, dit Dechambre, il en est trois auxquels s'attache un intérêt particulier : un ministre, un avocat et un médecin : Burton, Pryme et Bartwick. Avant qu'ils fussent cités tous les trois devant la cour criminelle, Pryme avait déjà eu les oreilles coupées pour avoir publié un livre où l'on avait cru voir une allusion blessante contre la reine. A l'audience, le président, s'étonnant de voir Pryme avec ses oreilles, un huissier s'approcha du prévenu, lui écarta les cheveux et mit à nu la partie qui portait encore la trace de la mutilation. Tous trois furent condamnés au pilori. Pryme eut les oreilles coupées une seconde fois, mais, disent les mémoires de Strafford (t. I, p. 66), immédiatement après l'exécution, il les ramassa, espérant pouvoir les faire recoudre à sa tête comme auparavant. Nous ne savons ce que devinrent les oreilles de Burton, mais quand celles de notre confrère Bartwick furent abattues, sa femme les recueillit et les mit dans un mouchoir, espérant bien les utiliser. »

Peut-être y avait-il de la part du bourreau quelque complaisance, quelque supercherie, et peut-être la section était-elle incomplète. Cocheril cite, d'autre part, plusieurs observations de recollement d'une oreille coupée, observations dues à des médecins dont il est difficile de suspecter la bonne foi.

C'est en Amérique surtout qu'on a tenté des greffes ou des restaurations après ablation complète du pavillon. Voici le procédé qu'employa Randall, de New-York et qui a été rapporté par Cocheril. Il détacha sur la plus grande longueur possible les tissus cutanés et le cartilage recouvrant la moitié postérieure de la

paroi du conduit auditif, de façon à le mobiliser; puis, par une incision ovulaire, il limita dans la région mastoïdienne un lambeau destiné à former le pavillon nouveau. La face profonde fut disséquée de sorte qu'il ne restât adhérent que par un mince pédicule antérieur. A l'aide de points de suture, il fut fixé à la portion des tissus de la paroi du conduit auditif mobilisé auparavant et qui allait former le seul soutien, puis il fut écarté de la face latérale de la tête. Restait une plaie très large au niveau de l'apophyse mastoïde, qui fut comblée par un lambeau en forme de croissant pris un peu plus bas que le premier, mobilisé et suturé de façon à combler la perte de substance. On introduisit une mèche de gaze dans le conduit et on appliqua un pansement sec. Le résultat fut satisfaisant, mais l'oreille restaurée était petite. Secondairement, l'auteur voulut greffer un lambeau pris sur l'oreille d'un lapin, de façon à redonner au pavillon sa dimension normale. Il y eut infection, rétraction cicatricielle considérable et déformation de l'organe qui se plaça dans le plan transversal, le fibro-cartilage déplacé tendant à se replacer dans sa position primitive.

La prothèse organique paraît donc très difficile à réussir; il faut lutter contre l'infection, les adhérences du pavillon aux téguments du crâne, le rétrécissement du conduit, les déformations consécutives; même si l'opération réussit à souhait on ne peut guère espérer obtenir les contours et le relief normaux de l'oreille. « La création du chirurgien, disait Bouisson, serait si loin de celle de la nature qu'il faudrait la

caché sous les cheveux avec plus de soin encore que la cicatrice d'une oreille amputée. »

PROTHÈSE ARTIFICIELLE

Malgré les progrès de la technique opératoire, cette opinion de Bouisson reste encore, croyons-nous, très soutenable. Mieux vaut avoir recours comme le préconisait déjà Widal de Cassis au siècle dernier, à « l'application d'une conque, colorée de manière à imiter la teinte naturelle de la peau et formée d'une substance qui soit de nature à augmenter l'intensité des sons en les réfléchissant. »

CHAPITRE X

Résultats.

Les résultats de la technique chirurgicale sont assez satisfaisants :

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — La *mortalité opératoire* est très faible. Nous n'en avons trouvé aucun exemple. On peut employer l'anesthésie régionale dans certains cas, ce qui diminue les risques de syncope.

Les accidents possibles sont d'ordre infectieux ou hémorragiques.

Les *infections* étaient la règle dans les observations les plus anciennes que nous ayons relevées, ce qui explique en partie les améliorations que donnait le traitement par les caustiques. L'antisepsie a diminué la fréquence de cette complication.

Cependant, souvent encore, l'oreille se tuméfie légèrement, s'enflamme lentement dans la région qui a été opérée. Dans ce cas, elle peut provoquer des lésions qu'on pourrait à première vue confondre avec une récurrence (obs. 2).

Des infections aiguës ont été également notées. Ce

sont les *érysipèles* que signalent plusieurs auteurs. Ceux-ci pourront quelquefois compromettre la réunion par première intention. Nous en rapportons un cas (obs. V) ; les lèvres de la plaie, qui avaient donné issue à du pus, se sont refermées quelques jours après.

La *perte de sang* résultant de l'exérèse est ordinairement peu grave. L'opération n'est pas choquante. Les malades peuvent se lever très rapidement.

RÉSULTATS TARDIFS

Mortalité. — Notre statistique donne les résultats suivants :

Guérison constatée au bout de :

quelques mois	4
un an à deux ans	8
quatre ans	1
onze ans	1
sans mention de date	14

Récidive constatée au bout de :

dix mois	1
quelques mois	3
quinze jours	2
douze ans	1
aggravation de l'état	3

Sur ces dix cas de récidive ou d'aggravation, sept présentaient une propagation osseuse, les trois cas d'aggravations sont dus à une complication cérébrale.

Si on ne prend que les cas diagnostiqués histologiquement épithéliomas, on trouve dix guérisons pour

cinq récidives dont une seulement limitée au pavillon et due à une opération trop parcimonieuse, une autre siégeant au conduit et trois présentant des complications osseuses.

Cette statistique qui paraît décourageante au premier abord, devient bonne si on laisse de côté les cas présentant des propagations osseuses ou ceux qui ont été traités par une exérèse insuffisamment large étant donné la lésion.

RÉSULTATS FONCTIONNELS. — Ils sont toujours satisfaisants. Même quand il ya ablation complète du pavillon, celui-ci n'ayant qu'un rôle très faible dans la conductibilité des sons (obs. Bouisson, Morestin). Ceux-ci seraient même renforcés par les appareils de prothèse que l'on peut appliquer dans ce dernier cas. Le rétrécissement du conduit est évitable.

RÉSULTATS ESTHÉTIQUES. — Ils seront souvent très bons même sans autoplastie. La photographie du malade de notre observation I, faite quelques temps après l'opération en est un exemple.

Dans le cas d'exérèse plus large, l'application des méthodes d'autoplastie que nous avons décrites pourront améliorer le résultat esthétique. Les auteurs qui les ont employés en ont retiré, pour la plupart, un excellent résultat.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Malade du service de M. le professeur TIXIER)

B..., 55 ans. Entre le 25 février 1922 pour une ulcération du pavillon de l'oreille.

Rien à signaler comme antécédents.

L'affection actuelle débuta en novembre 1921 par une



Fig. 4

petite croûte, d'aspect grisâtre, que le malade arrachait de temps en temps; la petite plaie faite ainsi saignait, puis la croûte se refermait. La croûte en question s'est un peu étendue en surface, est devenue un peu saillante.

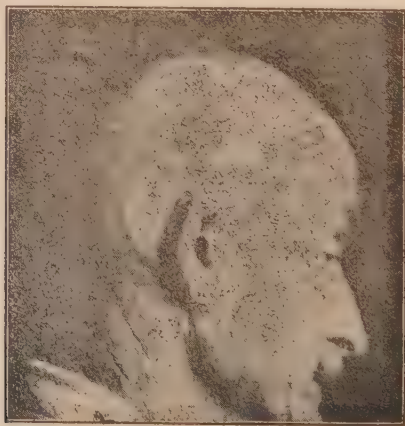
A l'examen, on constate une saillie en forme de verrue de 1 cm. et demi de diamètre environ, occupant le *rebord externe du pavillon de l'oreille*. Quelques petits ganglions cervicaux. Il s'agit d'un cancroïde à forme de verrue, forme non ulcérannte, non creusante, par conséquent forme bénigne, et il est impossible de considérer comme dégénérés les petits ganglions que l'on perçoit dans les régions correspondantes des lymphatiques.

1^{er} mars 1922. — Intervention (MM. Tixier, Bonnet). On coupe en *coin dont on rend convexe* l'une en face de l'autre les surfaces de sections de façon à arrondir le pourtour du pavillon restant, lorsque la suture aura rapproché les bords cruentés de la plaie. Résection de 2 millimètres de cartilage parallèlement aux lèvres de la plaie pour en éviter la saillie entre les deux lèvres cutanées de l'oreille.

Le 7 mars. — Sort en bonne santé.

Le 14 juin. — Le malade est revu. Etat général excellent. Résultat esthétique très bon. Légère crasse des vieillards au voisinage.

Le 2 décembre. — Le malade est en excellente santé. L'état local est excellent. La légère crasse est à peu près disparue.



OBSERVATION II

(Clinique de M. le Professeur Tixier)

Cl..., 46 ans, manœuvre. Entre le 13 février 1922 pour une ulcération de l'oreille avec adénite cervicale. Pas d'antécédents personnels, un fils mort de tuberculose pulmonaire à 14 ans, une fille en bonne santé. Première femme morte de fluxion de poitrine; deuxième femme bien portante. Ethylisme avoué.

En 1915, étant au front, le malade s'aperçoit d'un *petit ganglion carotidien* dur, roulant sous le doigt; il n'y porte pas une attention spéciale. Au printemps 1917, il reçoit un éclat d'obus ou de pierre, qui l'érafla. La plaie de l'oreille, longue de moins d'un centimètre, siégeant sur la



partie postérieure du pavillon. Quelques gouttes de sang s'échappèrent après la blessure; le blessé se lava et ne se préoccupa plus de la plaie, sur laquelle se forma une croûte persistante. Quand le malade se l'arrachait, quelques gouttes de sang s'échappaient. La plaie était légèrement douloureuse. Il assure qu'à aucun moment la blessure ne s'est fermée complètement, que la croûte resta toujours.

En revenant de la campagne, il fit le métier de livreur de ballots de soie; il évitait les chocs des ballots sur son

oreille malade dans le transport des marchandises sur l'épaule.

A ce moment (février 1919), l'ulcération était douloureuse spontanément, par petites élancées passagères au niveau du pavillon. La nuit parfois, exacerbation de la sensation; les chocs étaient particulièrement douloureux; dans son sommeil, quand il arrivait au malade de se heurter le pavillon, il éprouvait immédiatement une vive douleur qui le réveillait. Le froid était particulièrement désagréable, le vent également.

Au commencement de 1920, un de ses camarades qui l'aidait à charger des balles de soie lui fit passer l'une d'elles un peu brutalement sur l'épaule. Il y eut choc sur l'oreille, douleur vive, la croûte tomba, il y eut un écoulement un peu plus abondant que d'habitude. Il faut dire, en effet, que par suite même du genre de profession, les égratignures de la croûte étaient presque quotidiennes.

A partir du début de 1920, le malade dut se couvrir l'oreille de pommade, suivant le conseil du docteur Salvador, et, de plus, il s'appliquait un petit pansement. Cependant, l'ulcération allait s'étendant, se creusant, devenait de plus en plus douloureuse. Le moindre attouchement était insupportable. L'ablation du pansement met le malade dans l'anxiété; enfin, une sérosité roussâtre, parfois un peu de pus, tache le pansement.

Ce n'est qu'il y a une quinzaine de jours que le ganglion apparut en 1914 *grossit légèrement*; la peau, qui avait toujours été vascularisée à ce niveau, se fissura, il s'écoula un peu de pus, la tuméfaction était plus fluctuante.

A l'examen. — Malade à l'aspect vigoureux. Varicosités du nez et des pommettes. Au niveau de la convexité du pavillon de l'oreille, ulcération allongée en arrière, longue de 2 centimètres, large de moins de 1 centimètre, bourgeonnante, grisâtre, saignant facilement, à bourrelets durs, saillants, irréguliers, festonnés. La tumeur laisse s'échapper un liquide sanieux, roussâtre, très fétide.

La palpation est extrêmement douloureuse. Pas d'irradiation à distance. Sensation de brûlure au moindre contact.

Enfin, à l'examen de la région cervicale, on note, à la partie supérieure de la région carotidienne une tuméfaction de volume d'une datte allongée d'arrière en avant et de haut en bas avec deux éminences fluctuantes, le reste est dur. Le tout est encore adhérent à la peau rougeâtre. Il semble que la masse soit peu adhérente en profondeur. En arrière de la branche montante du maxillaire, quelques ganglions du volume d'une noisette assez fixés, peut-être même adhérents au maxillaire, mais lisses, indolores, durs, glissants sous la peau.

A la partie inférieure de la région carotidienne, et dans le creux sus-claviculaire gauche, petits ganglions roulant sous le doigt. Pas de ganglions du côté opposé, ni de ganglions axillaires.

Le malade a bon appétit, conserve un bon état général; il a maigri cependant, depuis sa démobilisation. Il digère bien; l'examen de la bouche dénote une mauvaise dentition, de la gingivite; l'haleine est légèrement fétide. Le malade n'accuse aucun trouble de la déglutition; aucun trouble laryngé; il ne tousse pas, on eut cependant un petit épisode grippal, mais, actuellement, aucuns signes pulmonaires. Foie légèrement atrophié.

Intervention le 20 février 1922 (MM. Tixier et Bonnet). Premier temps : dissection de la région carotidienne et de la région sous-maxillaire, gros ganglions très nombreux, d'autres dans la parotide.

Deuxième temps : excision large du néo de l'oreille; suture hémostatique après rapprochement.

Le 3 mars. — Le malade quitte le service; il reviendra aux pansements.

Quelques mois après, le malade revient à nouveau; il présente à l'oreille soignée une ulcération fongueuse bourgeonnante ayant l'apparence d'une lésion inflammatoire, ce que confirme l'examen histologique.

On enlève cette ulcération bourgeonnante sous anesthésie locale.

OBSERVATION III

(Clinique de M. le professeur TIXIER)

F..., 68 ans, entré le 7 avril 1921 pour une tumeur du lobule gauche.

Rien à signaler dans les antécédents.

Six enfants, très bien portants, un mort en bas-âge. Vers l'âge de 40 ans, le malade a dû se faire opérer salle Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu, d'une petite tumeur de la région temporale droite, de la grosseur d'une noisette, on dire du malade, non ulcérée, et dont il était porteur depuis trois ans; cicatrisation parfaite. Durée de séjour à l'hôpital : onze jours.

Bonne santé depuis; cacaracte depuis huit ans. Actuellement, l'œil gauche est complètement aveugle. À l'âge de 60 ans, à la suite d'une piqûre faite par un chardon, le malade eut une phlébite de la main droite. La piqûre siégeait à la face interne de l'annulaire droit, qui a été le siège de gangrène et a été désarticulé. Il y a eu également phlegmon des gaines et incision remontant jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras.

Début de l'affection actuelle. — Il y a deux ans. Il existait à ce moment une petite verrue qui siégeait à la partie moyenne du pavillon de l'oreille gauche, complètement indolore, sèche, ne saignant pas; le malade n'y attachait pas d'importance.

Il y a six mois, la tumeur s'est remise à grossir, d'abord très lentement; elle était recouverte d'une croûte épaisse que le malade arrachait; il se produisait alors un saignotement, puis une nouvelle croûte.

Ce n'est que depuis trois semaines que la tumeur a pris brusquement un développement considérable; l'augmentation de volume et de surface a été alors rapide, la tumeur gagnant le lobule et s'élargissant de façon à atteindre sa forme actuelle. En même temps, il se formait une ulcération véritable, il y a eu fissure puis écrasement des bords et écoulement continu et abondant de liquide louche.

A l'entrée. — On note un volumineux néoplasme occupant toute la partie inférieure de l'oreille, le lobule, et empiétant sur le tragus. Seule, la partie supérieure du pavillon est indemne. Cette masse, du volume d'un œuf de poule, présente une large surface ulcérée, grisâtre, irrégulière, sanieuse. On sent peu ou point de ganglions cervicaux.

Fait intéressant à noter du côté opposé au néoplasme, on remarque, siégeant sur le bord libre du pavillon à la partie moyenne, une petite saillie verruqueuse qui pourrait bien être un début d'épithélioma et plus en avant, on trouve deux taches jaune grisâtre forme « crasse des vieillards ». Le tout avait apparû, au dire du malade, antérieurement à la tumeur qui siège à gauche.



Au point de vue général, scoliose à concavité droite de la colonne dorsale, avec déformation correspondante du thorax. Saillie des côtes en arrière à gauche, en avant à droite.

Rien au cœur.

Quelques ronchus dans les deux poumons.

Opération. — Le 18 avril par le docteur Bonnet. Anesthésie générale à l'éther.

Premier temps : Pour ne pas compromettre l'asepsie du curage ganglionnaire, on pratique d'abord l'ablation du néo de l'oreille, très infecté, avec une série d'instruments spéciaux.

Deuxième temps : On pratique alors le curage des loges sous-maxillaires et carotidiennes. Les principaux ganglions se trouvent échelonnés le long des vaisseaux faciaux, jusque sur la face externe du maxillaire.

Les uns sont petits, du volume d'un pois, d'autres du volume d'un haricot, un peu rougeâtres. On en trouve ainsi 5 ou 6 le long des vaisseaux faciaux. Ablation de la glande sous-maxillaire. Evidement de la loge carotidienne. Pas de ganglions de Küdner. Fermeture totale sans drainage de la cage ganglionnaire.

Troisième temps : Réparation de l'oreille. La perte de substance opératoire est considérable. Il ne faut pas songer à rapprocher les lambeaux, bien que l'on ait conservé dans ce but le bord interne du lobule. Le cartilage du pavillon est extirpé sur une largeur de 3 centimètres pour permettre d'en réunir les bords cutanés.

3 mai. — Sort en bonne santé.

Diagnostic histologique. — Eipthélioma à globes cornés avec nombreux noyaux en mitose. Les lésions des ganglions sont simplement inflammatoires.

OBSERVATION IV

(Clinique de M. le professeur TIXIER)

D..., 62 ans, entre le 2 juin pour une ulcération bourgeonnante siégeant derrière le pavillon.

Pas d'antécédents, à part une fièvre typhoïde à 22 ans. Pas de spécificité.

En 1921, il va consulter, parce qu'il s'inquiète d'un petit *bouton* persistant, qui tend à s'accroître et qui siège sur le pavillon de l'oreille.

Cette simple tuméfaction non douloureuse, ayant l'aspect d'un bouton, aurait débuté en 1920. Il s'est étendu peu à peu, s'est recouvert d'une croûte. Le médecin, vu en 1921, conseille la radio, ce qui est fait à Roanne, où le malade fait quatre séances.

Une amélioration se produit, et le malade, qui semble guéri, rentre chez lui. Il reste ainsi pendant sept mois, jusqu'au début de 1922, où la tuméfaction réapparaît, s'ulcère et présente un suintement aqueux. On décide une opération. Elle est faite à Roanne, où l'on excise une portion du pavillon de l'oreille.

Le malade revient aujourd'hui, parce qu'il présente à nouveau *derrière le pavillon de l'oreille* empiétant sur ce derrière et sur la région mastoïdienne une ulcération bourgeonnante de la valeur d'une pièce de 2 francs; le fond bourgeonnant est sec et grisâtre, un peu surélevé, ne dépassant pas cependant en hauteur les bords taillés à pic et non déchiquetés.

L'ulcération repose sur une base infiltrée, dure, non œdématiée, la peau est d'apparence normale. La palpation ne révèle aucune douleur. La mastication n'est pas gênée. Cependant, le malade dit qu'il souffre par moments, surtout lorsqu'il reste longtemps tête penchée; douleur diffuse de la région s'étendant vers l'oreille interne survenant parfois sous forme de paroxysmes pouvant apparaître à tout moment. Elle est cependant plus fréquente et plus forte dans le courant de la nuit.

Le malade présente un ganglion énorme, mobile, sous le lobule de l'oreille, derrière le masseter. L'état général est conservé, le teint parfait.

Opération, le mardi 6 juin 1922 (MM. Tixier et Bonnet).

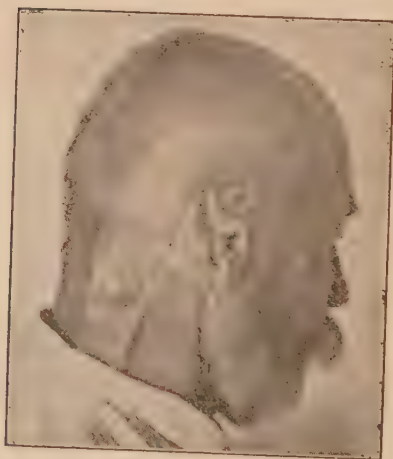
Premier temps : Dissection de la région carotidienne supérieure. Ablation de trois ganglions parallèles aux vaisseaux, au-dessous du chef postérieur du digastrique. Dissection de la branche externe du spinal.

Deuxième temps : Ablation très large de l'ulcus rodéus

qui occupe toute la région mastoïdienne et a détruit les trois quarts moyens du pavillon de l'oreille sans, cependant, envahir la paroi postérieure du conduit auditif externe.



Avant l'opération.



Après l'opération.

Troisième temps : On taille un large lambeau aux dépens de la région du sterno-cléido-mastoidien et on

arrive, par glissement, à le faire remonter au-dessous de la mastoïde. On ferme ainsi complètement la large brèche d'excision.

Le 10 juin 1922. — Ablation du drain.

Le 2 juillet. — Le malade est en voie de guérison.

Le 2 décembre. — Le malade revient avec un excellent état général. Il présente au niveau du cou sur le relief sous-cutané du trapèze une récurrence néoplasique qui vient d'être irradiée à Roanne par le docteur Chevalier. Il y a là une induration violacée des téguments avec une ulcération profonde à fond sanieux qui laisse suinter un peu de sérosité; elle siège au point de réflexion du lambeau qui a été remonté dans la région du sterno-cléido-mastoïdien.

Résultat de l'examen histologique (Professeur Paviot).

— Epithélioma du type épidermique corné.

On retrouve sur la coupe l'aspect des épithéliomas de ce type examinés après irradiation.

Métastase ganglionnaire douteuse.

OBSERVATION V

(due à l'obligeance de M. le docteur MOLINIÉ,
de Marseille)

Mme J..., 77 ans, sans antécédents, et jouissant d'une bonne santé générale, se présente à la date du 3 novembre 1919. Elle raconte qu'il y a environ trois ans, elle a vu survenir une petite grosseur au-devant du conduit auditif droit. Cette grosseur a progressé très lentement, puis s'est ulcérée en donnant lieu à un petit écoulement. Au moment de l'examen, on constate immédiatement au-dessus du ragus et à son union avec la racine de l'hélix, une petite ulcération irrégulière de 5 à 6 millimètres dans le sens antéro-postérieur et de 3 à 4 millimètres de haut. Cette ulcération est rouge, à fond bourgeonnant et est le

siège d'un suintement peu abondant qui se concrète en une croûte noirâtre assez adhérente. Le diagnostic d'épithélioma étant posé, la malade est adressée au docteur Darcourt, radiologiste, qui pratique quelques applications de rayons X.

Quelques semaines plus tard, la malade est guérie de son ulcération. On trouve à sa place une cicatrice rouge luisante recouvrant une sorte de sillon séparant nettement le tragus de la racine de l'hélix.

Vers le mois de mai 1920, l'état est le suivant. La cicatrisation du néoplasme initial se maintient, mais il y a propagation au conduit auditif externe, dont le calibre est diminué, et qui donne issue à un écoulement séro-sanguinolent tachant fortement le linge.

En raison de la localisation profonde du néoplasme qui ne peut être atteint que de champ par les rayons X, on conseille une application de radium.

Cette application est faite le 27 juin 1920 par le docteur Dupeyrac.

Un tube de 50 milligrammes est laissé en place pendant vingt-quatre heures. Peu de temps après, les lésions se cicatrisent, l'écoulement se tarit, mais l'amélioration est de courte durée. Trois mois après, réapparition de l'écoulement, puis, brusquement, gonflement diffus de la région rétro et sous-auriculaire, revêtant l'aspect d'une périostite mastoïdienne.

On pratique une ponction au niveau de laquelle va bientôt se former une ulcération avec perte de substance mettant en communication le conduit auditif avec la région rétro-auriculaire.

Nouvelle application de radium (janvier 1921). Le tube de 5 cent. est introduit par le conduit dans l'épaisseur des tissus rétro-auriculaires. Séjour : vingt-quatre heures.

Les semaines suivantes, on constate une légère rétrocession des phénomènes locaux. Mais au bout de peu de temps, le néoplasme reprend sa marche lentement progressive.

Nous assistons peu à peu à la destruction presque complète de la conque et du conduit auditif membraneux; le conduit osseux élargi se termine par la paroi interne de la caisse dont tous les organes ont été éliminés. La paroi osseuse est, sur certains points bourgeonneuse, atteinte de nécrose sur certains autres. Le tout forme une espèce de cloaque où stagne une sécrétion ichoreuse et fétide.

La communication entre la conque et la région rétro-auriculaire est très large; on pourrait y passer l'extrémité du pouce. L'empâtement de la région mastoïdienne a gagné la face postérieure du pavillon et, seul, le bord libre est indemne d'infiltration.

Du côté du tragus, l'ulcération s'est rouverte et l'empâtement vient au niveau de l'articulation temporo-maxillaire.

Pas d'anédothie. De plus, le malade n'accuse pas de douleur spontanée et son état général est indemne de toute atteinte.

Le traitement, à partir de cette époque, a été purement palliatif et symptomatique. Application de poudres (talc, oxyde de zinc, etc...), ou de pommades et parfois de solutions huileuses antiseptiques.

En outre, toutes les trois semaines, séances de radiothérapie.

Cette situation paraît devoir se prolonger encore, lorsque, brusquement, en mai 1922, la malade contracte un érysypèle, attaquant à la fois l'oreille malade, la face et le cuir chevelu.

Le début est très violent, mais il y a détente vers le cinquième jour. On reprend espoir, mais une nouvelle poussée emporte brusquement la malade.

OBSERVATION V

(due à l'obligeance de M. le docteur PORTMANN,
de Bordeaux)

M. X..., 62 ans, se présente à la consultation privée

en juin 1919, accompagné par un de ses parents, médecin, pour une tumeur du pavillon de l'oreille.

A l'examen, on constate que la conque et le conduit auditif du côté droit, sont totalement obstrués par une tumeur bourgeonnante, saignant facilement, surélevée par endroits, et de laquelle s'écoule un liquide ichoreux et fétide.

Pas de paralysie faciale, pas de troubles permettant de songer à une infiltration dans l'endocrâne. Le diagnostic clinique immédiat est : épithélioma du pavillon de l'oreille et du conduit auditif.

Néanmoins, pour avoir la confirmation, on fait une biopsie et un examen anatomo-pathologique dont le résultat est le suivant : Epithélioma spino-cellulaire avec quelques globes cornés, nombreuses figures de caryokynèse indiquant une évolution rapide.

On décide l'intervention, laquelle se fait sous anesthésie générale au chloroforme. On enlève la totalité du pavillon et une bande assez large des tissus périphériques, en particulier dans la région prétragienne, de façon à faire l'exérèse des ganglions pré-auriculaires et des lymphatiques afférents.

Au cours de l'opération, on constate que la tumeur s'étend jusqu'à la caisse du tympan, mais sans avoir touché la paroi interne de l'oreille moyenne et en ayant laissé indemne le massif du facial.

L'exérèse est aussi complète que possible. Tamponnement à la gaze iodoformée, plastique avec le cuir chevelu.

Les suites opératoires sont aussi bonnes que possible.

On fait suivre au malade un traitement radiothérapique; récidence à l'extrémité antérieure de l'incision.

Cette récidence, qui paraît tout à fait localisée, est enlevée sous anesthésie locale, dans une deuxième intervention sans incident.

Le malade était guéri, jusqu'à il y a quatre mois, mais depuis cette époque, il n'a pas été revu.

CONCLUSIONS

On peut distinguer deux formes de cancer de l'oreille externe :

- ceux qui débutent au niveau du conduit,
- ceux qui débutent au niveau du pavillon.

Ces derniers ont tendance à envahir secondairement le conduit, de telle sorte que ces deux formes se confondent à leur période terminale.

Le cancer du pavillon débute :

- le plus souvent au niveau de l'hélix; fréquemment il se greffe sur des lésions cutanées anciennes (dermatose, cicatrice). Il y revêt des formes diverses, ulcéreuses, fissuraires et végétantes ;

- plus rarement à la conque où il prend un caractère végétant ;

- plus rarement encore au niveau du lobule où il se présente sous une forme infiltrée ou ulcéreuse.

Le cancer du conduit semble en rapport avec les vieilles otorrhées et débute souvent sous forme de polype. Sa gravité est plus grande que celle du cancer du pavillon.

On a obtenu de véritables guérisons par toutes sortes de méthodes thérapeutiques, curetage, cautérisation, agents chimiques, radiothérapie. Cela tient peut-

être à la forme relativement favorable de ces épithéliomas.

Cependant le cancer du pavillon relève essentiellement du traitement chirurgical car il appartient à un organe bien individualisé et l'exérèse en est presque toujours possible. Celle-ci, théoriquement, doit s'accompagner de l'extirpation systématique des ganglions. Pratiquement les territoires ganglionnaires envahis par le cancer de l'oreille ne sont pas très bien connus et l'on se borne en général à l'extirpation des ganglions cliniquement perceptibles.

L'exérèse ne doit, avant tout, s'inspirer que de la nécessité d'enlever le mal complètement et au second plan des conditions favorables à une bonne restauration.

Nous donnons ici comme mode de restauration l'indication d'un procédé proposé par M. le Professeur Tixier et M. le Professeur agrégé Bonnet, applicable aux cas simples et qui permet une reconstitution très satisfaisante de la forme du pavillon.

Les résultats du traitement chirurgical sont en général favorables en raison même de la possibilité d'une exérèse complète.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
TIXIER

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 28 Novembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

Documents justificatifs

*Bibliographie des observations qui nous ont servi
à établir notre statistique.*

BENTZEN. — Ein fall von sarcoma Auris medical Ugeschrift für Lager, 1908, (*Archiv. üfr ohren*, tome LXXVIII, p. 163).

BEZOLD. — Münch med. Wochens, 2 juin 1903.

BOUISSON. — (Deux obs.) *Montpellier médical*, juillet 1869.

CAMPBELL. — *Thèse* Treillet, Paris, 1882.

CHALOT. — *Thèse* Lafargue, Paris, 1879.

CHAZARAC. — (Deux obs.). *Revue de Laryngologie*, 1892.

CITELLI. — Néoplasme de l'oreille externe (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1909, février, N° 2, p. 173).

DALLMANN. — Melanom der Aussern Gehoerganges (*Arch. f. Orhenheilk*, LXX, 1906).

DEMARQUAY. — *Gazette des Hôpitaux*, 1869.

DENCH. — *Thèse*, Masson, Paris, 1904.

GREEN. — Epithél. pavillon (*Archiv. of otology*, vol. XXII).

GUERMONPREZ. — (Deux obs.). *Revue de Laryngologie*, 1892, vol. XII).

HAMON DE FOUQUERAY. — (Deux obs.). *Annales des maladies de l'oreille*, 1890.

HARRYS. — *Amer. otol. Soc.*, mai 1917.

HERTZFELD. — *Arch. f. ohr.*, t. LXXVI, p. 127, 1907.

- KIP. — Epithelioma of the auricle (*Soc. of anatomy*, 1885).
- KRAMER. — *Thèse* Treillet, 1902.
- KREPUSKA. — *Revue de Laryngologie*, 1898, p. 119.
- KUHN (Strasbourg). — In *arch. f. Orhenh.* vol. XXXIX, fasc. 2 et 3, 1896.
- LANNELONGUE. — *Thèse* Lafargue, Paris, 1879.
- LANNOIS et SARGNON. — *Archives d'oto-rhino-laryngologie*, 1920, p. 32.
- LASSIER. — *Thèse* Cocheril, Lille, 1897.
- LOMBARD. — *Thèse* Cuvillier, Paris, 1913.
- LUCAL. — Voldistänge Heilung eines Falles vom primären carcinom des Gehörgans (*Arch. f. Ohr.*, t. 74).
- MASSON. — *Thèse* de Paris, 1903-1904.
- MAUCLAIRE. — Epithélioma du lobule (*Socité anatomique*, 30 décembre 1904).
- MORESTIN. — *Société anatomique*, Paris, 1901.
- NAGER. — *Zeitschrift f. Ohrenh.*, LIII, f. 2., 1907, p. 150.
- PERMEWACE. — Transformation de polypes en sarcomes (*Arch. intern. laryng.*, t. XV, N° 3, p. 948).
- PETROFF. — *Thèse* Montpellier, 1901-1902.
- POLITZER. — *Traité des maladies de l'oreille*, 1884.
- RONDOT. — *Thèse* Lafargue, Paris, 1879.
- SEBILLEAU. — (Trois obs.). *Thèse* Cuvillier, Paris, 1913.
- SEDILLOT. — *Thèse* Treillet, 1902.
- SUGAR. — *Arch. f. Orhenheilk*, Band XLVI, Heft 2, 1899.
- TÉDENAT. — *Thèse* Petroff, Montpellier, 1902.
- TREILLET. — *Thèse* Paris, 1882.
- TREITEL. — *Zeits. f. Orhenh.*, XXXIII., 2, 1899.
- TRUNECECK. — Rapportée dans *Revue de Laryngologie*, décembre 1898.
- VAQUIER. — *Archives intern. de laryngologie*, novembre 1903.

VAYNOR. — *Thèse* Masson, Paris, 1905.

VELPEAU. — (Deux obs.). *Gazette des Hôpitaux*, 1869,
N° 27.

VULPIAN. — *Gazette des Hôpitaux*, 1865, p. 106.

WILSON. — Rapportée dans *Revue de Laryngologie*, janvier 1903.

ZÉRONI. — *Arch. f. Ohrenh*, Band. 48, Heft, 3 et 4, 1900.

OBSERVATIONS INEDITES

6 observations publiées dans le texte.

16 observations de la clinique de M. le professeur
Moure.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER FRANTZ. — Etude histologique des cancers de l'oreille externe. *Arch. of. Otol.*, vol. xxxi, n° 5; oct. 1922.
- BARR. — Transformation de polypes en sarcomes. *Arch. int. de laryng.*, t. xviii.
- BONNET. — La mélanose et les tumeurs mélaniques. *Thèse*, Lyon, 1911.
- BRODERS (A.). — Epithelioma of the ear. A study of 63 cases. *Section of surgical pathology Rochester Minnesota.*
(Nous n'avons pas pu nous procurer à temps cet ouvrage.)
- CASTEX. — *Traité des maladies du larynx, du nez et des oreilles*, 1899.
- CESBRON. — Angiomes du pavillon. *Thèse*, Paris, 1909, n° 465.
- CABOCHE. — *Oto-rhino-laryngologie internationale*, septembre 1922.
- COCHERIL. — Restauration du pavillon de l'oreille. *Thèse*, Lille, 1895, n° 90.
- DECHAMBRE. — *Dictionnaire encyclopédique*, art. oreille-grefe.
- CUVILLIER. — Contribution à l'étude des cancers de l'oreille. *Thèse*, Paris, 1913.
- DARRICAU. — Des angiomes et des nævis. *Thèse* Paris, 1912.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*.

- DUPRETZ. — Kystes du pavillon. *Thèse* Lille, 1897.
- LABORDE (Mme). — In *Traité de médecine et de thérapeutique appliquée*. Articles : *Radiothérapie, radiumthérapie*.
- LAFARGUE. — Tumeurs malignes du pavillon de l'oreille. *Thèse*, Paris, 1879.
- LANNOIS et SARGNON. — *Archives d'oto-rhino-laryngologie*, 1920, p. 32.
- LERMOYEZ et BOULAY. — Thérapeutique des maladies de l'oreille.
- MAILLARD. — Epithéliomas de la face. *Thèse* Paris, 1901.
- MASSON. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du pavillon de l'oreille. *Thèse* Paris, 1903-1904, n° 43.
- MIOT et BARATOUX. — *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille*, 1884.
- MONOD et VANVERTS. — *Traité de technique opératoire*, 1902.
- MORESTIN. — Epithéliomas de la face. In *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*.
- NANCEL-PENARD. — Epithélioma de la face. *Thèse* Paris, 1905.
- NÉLATON et OMBRÉDANNE. — *Autoplasties*.
- OMBRÉDANNE, JEANBRAU et NOVÉ-JOSSERAND. — Chirurgie réparatrice et orthopédique.
- PÉTROFF. — Cancer du pavillon. *Thèse*, Montpellier, 1901-02, n° 2.
- PERMEWACE. — Transformation des polypes en sarcomes. *Arch. inter. laryng.*, t. xvi, n° 3, p. 948.
- POLITZER. — *Traité des maladies des oreilles*, 1884.
- POIRIER, CHARPY et CUNÉO. — *Traité d'anatomie*.
- REGAUD. — *Paris Médical*, 17 janvier 1920.
- RENOUL. — *Thèse*, Paris 1892. Des épithéliomas développés sur nævis.
- SERRE. — *Thèse*, Paris, 1904-05.
- TESTUT et JACOB. — *Traité d'anatomie descriptive*.

Transaction of the american otology society, 1921, vol. xv,
part. III, pp. 402-406.

TRILLET. — De l'épithélioma du pavillon de l'oreille. *Thèse*
Paris, 1882.

TRIQUET. — Maladies des oreilles, 1857.

VEAUX. — Accidents consécutifs au percement du lobule.
Thèse Bordeaux, 1897.

WEISSBERGER. — Carcinom am ohr. *Thèse* Munich, 1908.
— *An. in Arch. f. Ohr.*, t. LXXX, p. 162.
